

ΠΝΕΥΜΩΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

ΠΝΕΥΜΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

ISSN 1105-848X

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΤΕΥΧΟΣ

1η ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ

Οργάνωση:

Οι ομάδες εργασίας και το ΔΣ της Ελλ. Βρογχολογικής Εταιρείας
Το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΝΕΥΜΩΝ • ΤΟΜΟΣ 8 • ΤΕΥΧΟΣ 16
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1995

ΑΘΗΝΑ
ATHENS

PNEUMON • VOL 8 • No 1b
JANUARY 1995

ΕΛΚΟΣ, ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΔΑ

ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ

LOSEC®

(omeprazole-Astra)

ΑΣΦΑΛΩΣ, ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΗ

Σύνθεση: Κάθε εντεροδιαλυτή κάψουλα περιέχει 20 mg omeprazole. **Ενδείξεις:** Δωδεκαδακτυλικό έλκος, Γαστρικό έλκος, Οισοφαγίτις από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, Σύνδρομο Zollinger-Ellison, Θεραπεία συντήρησης (για την πρόληψη της υποτροπής σε ασθενείς με ανθεκτικό στη συνήθη αγωγή γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος ή σοβαρή οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση). **Αντενδείξεις:** Δεν υπάρχουν γνωστές αντενδείξεις. **Παρενέργειες:** Το LOSEC® γίνεται καλά ανεκτό. Έχουν αναφερθεί τα ακόλουθα συμβλήματα, χωρίς πάντως στην πλειονότητα των περιπτώσεων να έχει τεκμηριωθεί σαφώς και με συνέπεια, σχέση αίτιου/αποτελέσματος. **Δέρμα:** Σπάνια εξάνθημα, κνίδωση και/ή κνησμός. **Μυοσκελετικό:** Σε μεμονωμένες περιπτώσεις αρθραλγία, μυϊκή αδυναμία και μυαλγία. **Κεντρικό και Περιφερικό Νευρικό Σύστημα:** Κεφαλαλγία, Σπάνια ζάλη, παραισθήσεις, υπνηλία, άπνια και ίλιγγος. Σε μεμονωμένα περιστατικά, αναστρέψιμη διανοητική σύγχυση, διέγερση, κατάθλιψη και ψευδαισθήσεις, ιδιαίτερα σε σοβαρά πάσχοντες. **Γαστρεντερικό:** Διάρροια, δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, ναυτία/έμετος και μετεωρισμός. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις στοματίτιδα και γαστρεντερική καντιντίαση. **Ήπαρ:** Σε μεμονωμένες περιπτώσεις αύξηση των ηπατικών ενζύμων με ή χωρίς αύξηση της χολερυθρίνης. **Ενδοκρινικό:** Σε μεμονωμένα περιστατικά γυναικομαστία. **Αίμα:** Σε μεμονωμένες περιπτώσεις λευκοπενία και θρομβοπενία. **Άλλα:** Σπάνια κακουχία. Σε μεμονωμένα περιστατικά περιφερικό οίδημα, θαμπή όραση, διαταραχές της γεύσης. **Αλληλεπιδράσεις:** Το LOSEC® μπορεί να παρατείνει την απομάκρυνση της διαζεπάμης, της βαρφαρίνης και της φαινυτοΐνης, φαρμάκων δηλ. τα οποία μεταβολίζονται οξειδωτικά στο ήπαρ. Συνιστάται συνεπώς έλεγχος των ασθενών που λαμβάνουν βαρφαρίνη ή φαινυτοΐνη και ενδεχομένως ελάττωση της δόσης των. Παρά ταυτα σε ασθενείς υπό συνεχή θεραπεία με φαινυτοΐνη, η ταυτόχρονη αγωγή με LOSEC® 20 mg την ημέρα, δεν μετέβαλε τις στάθμες της πρώτης στο αίμα. Δεν έχει παρατηρηθεί αλληλεπίδραση με προπρανολόλη, μετοπρολόλη, θεοφυλλίνη, λιδοκαΐνη, ή κινιδίνη, αλληλεπιδράσεις όμως με άλλα φάρμακα που μεταβολίζονται με το κυτόχρωμα P450, δεν μπορεί ν' αποκλεισθούν. Δεν έχουν παρατηρηθεί αλληλεπιδράσεις με ταυτόχρονως χορηγούμενα αντιόξινα. **Προφυλάξεις:** Σε περίπτωση πιθανολόγησης γαστρικού έλκους, θα πρέπει πρώτα να διασφαλίζεται η διάγνωση και ν' αποκλείεται η παρουσία κακοήθειας, αφού η θεραπεία μπορεί ν' ανακουφίσει από τα συμπτώματα, καθυστερώντας έτσι την ακριβή διάγνωση. **Συσκευασία:** Κουτί των 14 εντεροδιαλυτών καψουλών.

Αντιπρόσωπος-Διανομέας



Θεοτοκοπούλου 4 & Αστροναυτών, 151 25 Μαρούσι, Τηλ.: 6847.977, FAX: 6859.195
Τηλ. παραγγελιών: 6038.714-18, FAX: 6038.719

S&G Advertising

LO/AD/06/0495

ΠΝΕΥΜΩΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

ΕΠΙΣΗΜΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΒΡΟΧΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ



ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΡΟΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Διευθυντές Σύνταξης: Χ. ΜΕΛΙΣΣΗΝΟΣ — Π. ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ
Μέλη: Ν. ΣΙΑΦΑΚΑΣ — Α. ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ
Ε. ΖΑΧΑΡΙΑΔΗΣ — Μ. ΑΛΧΑΝΑΤΗΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αναγνωστοπούλου Νίνα	Αθήνα	Μουλόπουλος Σπύρος	Αθήνα
Βαγενάκης Απόστολος	Πάτρα	Μπούρος Δημοσθένης	Ηράκλειο
Βεσλεμές Μαρίνος	Αθήνα	Παπαβασιλείου Κώστας	Αθήνα
Γκιουλέκας Δημήτρης	Θεσ/νίκη	Παπαδάκης Εμμανουήλ	Αθήνα
Gautier Henry	Paris	Παπά Ιόλη	Αθήνα
Green Malcom	London	Πατάκας Δημήτρης	Θεσ/νίκη
James Yves	Marseille	Permutt Solbert	Baltimore
Ιορδάνογλου Ιωάννης	Αθήνα	Ρίγγος Δημήτρης	Θεσ/νίκη
Καρατζάς Νίκος	Αθήνα	Ρούσσοι Χαράλαμπος	Αθήνα
Κονταξής Αργύρης	Αθήνα	Σιδεράς Δημήτρης	Αθήνα
Κωνσταντόπουλος Σταύρος	Γιάννενα	Σπαντίδος Δημήτριος	Ηράκλειο
Macklem Peter	Montreal	Σταυρίδης Ιωάννης	Αθήνα
Milic-Emili Joseph	Montreal	Τρακόπουλος Γεώργιος	Αθήνα
Μιχάλη Αλκης	Αθήνα		

Επιστημονική Αλληλογραφία
Συνδρομές - Διαφημίσεις
Περιοδικό ΠΝΕΥΜΩΝ
Παπαδιαμαντοπούλου 4
Αθήνα 115 28
Τηλ.: 7211.845

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Εσωτερικού	δρχ. 2.000
Μέλη ΕΠΕ - ΕΒΕ	δρχ. 1.000
Ειδικευόμενοι-Φοιτητές	δρχ. 1.000
Εταιρείες-Οργανισμοί	δρχ. 4.000
Βιβλιοθήκες	δρχ. 4.000
Εξωτερικού	\$ U.S. 40

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ:

ΠΝΕΥΜΩΝ είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Βρογχολογικής Εταιρείας. Η επιλογή της ύλης γίνεται από τη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού με ευθύνη των Διευθυντών Σύνταξης και των Υπεύθυνων της Εκπαιδευτικής Ύλης και των Ερευνητικών Εργασιών που ορίστηκαν από τα Διοικητικά Συμβούλια των δύο Εταιρειών με δετή θητεία.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΡΘΡΩΝ:

Η ύλη του περιοδικού **ΠΝΕΥΜΩΝ** αναφέρεται κατά κύριο λόγο στο Αναπνευστικό Σύστημα. Η διάρθρωση της ύλης περιλαμβάνει: 1) Άρθρα Σύνταξης, 2) Πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες, 3) Ανασκοπήσεις, 4) Εκπαιδευτικό Βήμα, 5) Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις. Άρθρα σύνταξης, Ανασκοπήσεις, Ειδικά άρθρα και Άρθρα εκπαιδευτικού περιεχομένου (Εκπαιδευτικό Βήμα) δημοσιεύονται μετά από γραπτή πρόσκληση της Συντακτικής Επιτροπής.

Οι Πρωτότυπες ερευνητικές εργασίες κρίνονται από τουλάχιστον δύο ανεξάρτητους κριτές. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις επιλέγονται από τις περιπτώσεις που παρουσιάζονται στις Διανοσοκομειακές συγκεντρώσεις της Βρογχολογικής Εταιρείας. Τά άρθρα σύνταξης, τά ειδικά άρθρα, οι πρωτότυπες εργασίες δημοσιεύονται ολόκληρες στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα. Οι ερευνητικές εργασίες που υποβάλλονται στα Ελληνικά θα μεταφράζονται στα Αγγλικά μέσα σε ένα μήνα από της αποδοχής της εργασίας για δημοσίευση, με ευθύνη των συγγραφέων.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ: περιέχουν κατά σειρά:

1) *Σελίδα τίτλου:* Τίτλος, Ονόματα συγγραφέων στην ονομαστική, κέντρο προέλευσης, Διεύθυνση, τηλέφωνο κύριου συγγραφέα για επικοινωνία.

2) *Περίληψη:* Από 100 έως 200 λέξεις που θά περιέχει συνοπτικά το σκοπό, τη μέθοδο, τα βασικά αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της εργασίας (ο τίτλος, η περίληψη και η βιβλιογραφία να αρχίζουν από νέα σελίδα). Στο τέλος των περιλήψεων να αναγράφονται 5 τουλάχιστον λέξεις κλειδιά.

3) *Εισαγωγή,* 4) *Υλικό - Μέθοδος,* 5) *Αποτελέσματα,* 6) *Συζήτηση,* 7) *Βιβλιογραφία.*

Οι Βιβλιογραφικές παραπομπές θα γίνονται με το σύστημα **Vancouver** δηλαδή στο καίμενο αριθμούνται κατά σειρά εμφάνισής τους. Βιβλιογραφία από περιοδικά: Μετά τον αριθμό, αναφέρονται όλα τα ονόματα των συγγραφέων, ο πλήρης τίτλος του άρθρου, η επίσημη σύντμηση του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, η πρώτη και τελευταία σελίδα. π.χ. 1. Milic-Emili J., Henderson J.A.M., Dolovich M.B., Trop D. and Koneko K. Regional distribution of inspired gas in the lung. *J. Appl. Physiol.* 1966: 21, 749-759.

Βιβλιογραφία από Μονογραφία: Αριθμός, ονόματα συγγραφέων, τίτλος, αριθμός έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, ο τόπος και το έτος έκδοσης, σελίδες. π.χ. 2. Nunn J.F.: *Applied Respiratory Physiology* 2nd Edition. Mac Graw Hill, N.York, 1977, 33-35.

Βιβλιογραφία από κεφάλαιο βιβλίου: Αριθμός, ονόματα συγγραφέων του κεφαλαίου, ο τίτλος του κεφαλαίου, In, ο τίτλος του βιβλίου, οι Επιστημονικοί Συντάκτες (Editors), ο αριθμός έκδοσης, ο εκδοτικός οίκος, ο τόπος και το έτος έκδοσης και οι σελίδες. π.χ. 3) Gibson J.G., and Pride N.B.: *Pleural, Alveolar and Systemic Diseases Affecting Chest Wall Function:* In: *The Thorax.* Roussos C. and Macklem P.T. (eds) 1st edition. Marcel Dekker, New York, 1986, 1123-1133.

8) Πίνακες: Να έχουν σαφή - επεξηγηματικό τίτλο και να γράφεται ο καθένας σε χωριστή σελίδα.

9) Εικόνες - Διαγράμματα: Υποβάλλονται σε φωτογραφίες 9 x 12 cm (3 ανάτυπα), τεχνικά άψογες. Σημειώνεται στο πίσω μέρος με μαλακό μολύβι, ο αριθμός της, ο τίτλος του άρθρου και ο πρώτος συγγραφέας καθώς και το επάνω μέρος αυτής. Οι υπότιτλοι των εικόνων (λεζάντες) σε χωριστή σελίδα.

Προϋποθέσεις: Πειραματικές εργασίες σε ανθρώπους ή πειραματόζωα θα πρέπει να συνοδεύονται με δήλωση ότι ακολουθήθηκαν όλοι οι κανόνες της επιστημονικής δεοντολογίας σύμφωνα με τις αρχές του Helsinki. Τέλος η εργασία δεν θα πρέπει να έχει δημοσιευθεί προηγουμένως.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ:

Οι εργασίες για δημοσίευση, δακτυλογραφημένες σε διπλό διάστημα και με ευρύ περιθώριο, υποβάλλονται σε 3 ανάτυπα (1 πρωτότυπο, 2 καλής ποιότητας φωτοαντίγραφα) στη Διεύθυνση:

**ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΠΝΕΥΜΩΝ»
ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 4
ΑΘΗΝΑ 115 28**

ΑΝΑΤΥΠΑ:

Η δαπάνη της παραγγελίας ανατύπων βαρύνει τους συγγραφείς και η συμφωνία γίνεται κατευθείαν με την εκδότρια εταιρεία.

ΠΝΕΥΜΟΝ

ΤΡΙΜΗΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
GREEK BRONCHOLOGIC
SOCIETY

PNEUMON

ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC THORACIC
SOCIETY

PULMONARY MEDICAL JOURNAL

OFFICIAL MEDICAL PUBLICATION OF



THE HELLENIC
THORACIC
SOCIETY

THE GREEK
BRONCHOLOGIC
SOCIETY



OWNER: GREEK BRONHOLOGIC SOCIETY

Editors: C. MELISSINOS — P. BEHRAKIS
Associate editors: N. SIAFAKAS — A. RASIDAKIS
E. ZACHARIADIS — M. ALCHANATIS

EDITORIAL BOARD

Anagnostopoulou Nina
Vagenakis Apostolos
Vesslemes Marinos
Gioulekas Dimitris
Gautier Henry
Green Malcom
James Yves
Iordanoglou John
Karatzas Nicos
Kontaxis Aris
Konstantopoulos Stavros
Macklem Peter
Milic-Emili Joseph
Michalis Alkis

Athens
Athens
Athens
Thessaloniki
Paris
London
Marseille
Athens
Athens
Athens
Giannena
Montreal
Montreal
Athens

Moulopoulos Spyros
Bouros Dimosthenis
Papavassiliou Kostas
Papadakis Emmanouil
Papa Ioli
Patakas Dimitris
Permutt Solbert
Rigos Dimitris
Roussos Charis
Sideris Dimitris
Spantidos Dimitris
Stavridis John
Trakopoulos George

Athens
Heraclion
Athens
Athens
Athens
Thessaloniki
Baltimore
Thessaloniki
Athens
Athens
Heraclion
Athens
Athens

Address
PNEUMON
Medical Journal
4 Papadiamantopoulou str.,
Athens 115 28
Greece
Tel.: 7211.845

Annual Subscriptions
Greece Dr. 2.000
Members of the Societies Dr. 1.000
Interns Medical students Dr. 1.000
Societies-Organizations Dr. 4.000
Libraries Dr. 4.000
Abroad \$ U.S. 40

NOTICE TO CONTRIBUTORS

PNEUMON is the official Journal of the **Hellenic Thoracic Society** and the **Greek Bronchologic Society**, published quarterly in Athens, Greece. It is primarily intended for the publication of articles relevant to the respiratory system.

Editorial, original articles and special articles are published in **Greek and English**.

Editorials, Reviews and Special Articles are submitted after written invitation by the Editorial Board.

Original articles are subject to editorial revision. Articles submitted in English will be translated into Greek under the supervision and the responsibility of the Editorial Board.

Title page: Should bear the name, address and telephone number of the author who will deal with editorial correspondence.

Summary: No less than 100 and no more than 200 words. Key Words: No less than five.

References: The «**Vancouver**» system should be used. References in the text should be numbered in the consecutive order in which they are first mentioned in the text. Responsibility for accuracy of the references rests entirely with the authors.

The list of references should be typed in numerical order on separate pages at the end of the paper. References should include number, author's names and initials (all authors), title of article, name of Journal year, volume, the first and last page numbers. e.g. 1. Milic-Emili J., Henderson J.A.M., Dolovich M.B., TROP D. and Kaneko K: Regional distribution of inspired gas in the lung. J. Appl. Physiol. 1966. 21. 749-759. For Books: Number, author(s), chapter's title (if applicable), book title, place of publication, publisher, year and page number. e.g. 2. Gibson J.G. and Pride N.B.: Pleural, Alveolar and Systemic Diseases Affecting Chest Wall Function. Roussos C. and Macklem D.T. (eds) 1st edition, Marcel Dekker, New York, 1986, 1123-1133.

Illustrations: Three copies of each illustration should be submitted as unmounted glossy photographic prints 9cm x 12cm. Each should bear a note on the back in soft pencil with the number of the figure, first author, and the top should be indicated. Legends should be typed on a separate page.

Submission: The original typescript and two copies should be sent to the **PNEUMON, 4 Papadiamantopoulou st., Athens 115 28, Greece**. Paper must be typed in double spacing with wide margins on one side of the paper only. Submission of an original paper for publication declares that the principles of Helsinki principles were observed and that the paper is not under consideration by any other journal for publication.

ΤΟ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Χ. ΜΕΛΙΣΣΗΝΟΣ	: Πρόεδρος
Γ. ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ	: Αντιπρόεδρος
Δ. ΜΠΟΦΟΣ	: Γεν. Γραμματέας
Θ. ΠΑΛΑΜΙΔΑΣ	: Ταμίας
Ι. ΓΕΩΡΓΙΟΥ-ΠΑΠΑ	: Μέλος
Β. ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ	: "
Ε. ΠΟΥΛΙΟΥ	: "
Ν. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΗΣ	: "
Μ. ΔΗΜΑΔΗ	: "

ΔΕΠ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ

ΠΡΟΥΚΑΚΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ	: Καθηγητής
ΣΩΤΗΡΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	: Επίκ. Καθηγητής
ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ	: Επίκ. Καθηγητής
ΝΤΑΛΛΕΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	: Επίκ. Καθηγητής
ΜΑΛΑΜΙΤΣΗ ΙΟΥΛΙΑ	: Επίκ. Καθηγήτρια
ΣΕΡΕΦΟΓΛΟΥ ΑΘΗΝΑ	: Επίκ. Καθηγήτρια
ΛΟΥΙΖΗ ΑΝΝΥ	: Λέκτορας
ΚΟΤΤΟΥ ΣΟΦΙΑ	: Λέκτορας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

1η ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Ν. ΣΙΑΦΑΚΑΣ
Δ. ΠΑΤΑΚΑΣ
Σ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ
Δ. ΜΠΟΥΡΟΣ
Α. ΑΡΜΑΓΑΝΙΔΗΣ
Δ. ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ
Δ. ΜΠΟΦΟΣ
Κ. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ**

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ:

*Ο.Αναγνωστοπούλου, Δ.Αντωνίου, Α.Αρμαγανίδης, Ε.Βαγιάκης,
Μ.Βεσλεμές, Π.Γιαμπουδάκης, Σ.Γουγουλάκης, Κ.Γουργουλιάνης,
Θ.Δόσιος, Σ.Ζακυνθινός, Π.Ζιωτόπουλος, Κ.Ηλιάδης, Α.Καμαρούλιας,
Σ.Καπετανέας, Ν.Καραγιαννίδης, Α.Κοτανίδου, Β.Κοτσοπούλου,
Δ.Κυρούσης, Α.Μαυρομάτης, Δ.Μπούρος, Τ.Νταχάμπρε, Γ.Νάκος,
Ε.Παπαδάκης, Γ.Παπαδάκης, Ι.Παπά, Σ.Παπίρης, Μ.Πατενταλάκης,
Θ.Παυλής, Ι.Πνευματικός, Δ.Πολυζωγόπουλος, Α.Πρεκατές, Ε.Ραζή,
Χ.Ρούτση, Ε.Σιαμαντάς, Ν.Σιαφάκας, Α.Σωτήρη, Ε.Τακτικού,
Γ.Τρακόπουλος, Ν.Φιλίππου, Ι.Φλώρος, Δ.Φραγκουλάκης.*

Οργάνωση:

Οι ομάδες εργασίας και το ΔΣ της Ελλ. Βρογχολογικής Εταιρείας
Το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών



**ΕΤΗΣΙΑ ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ
ΤΗΣ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**

- 1ο. Το Εργαστήριο στη Διάγνωση του πνευμονολογικού αρρώστου
2-3 Μαρτίου 1985
 - 2ο. Τι νεώτερο στην Πνευμονολογία 1984-1986
1-2 Μαρτίου 1986
 - 3ο. Το Αναπνευστικό και Παθήσεις άλλων Συστημάτων
7-8 Μαρτίου 1987
 - 4ο. Τι νεώτερο στην Πνευμονολογία 1986-1988
5-6 Μαρτίου 1988
 - 5ο. Αμφιλεγόμενα θέματα στην Πνευμονολογία
18-19 Μαρτίου 1989
 - 6ο. Τι νεώτερο στην Πνευμονολογία 1988-1990
10-11 Μαρτίου 1990
 - 7ο. Λοιμώξεις Αναπνευστικού
9-10 Μαρτίου 1991
 - 8ο. Τι νεώτερο στην Πνευμονολογία 1990-1992
4-5 Απριλίου 1992
 - 9ο. Επείγοντα πνευμονολογικά προβλήματα
27-28 Μαρτίου 1993
 - 10ο. Τι νεώτερο στην Πνευμονολογία 1992-1994
16-17 Απριλίου 1994
- Προγραμματισμένο για 1 και 2 Απριλίου 1995**
- 11ο. Πνευμονολογικά προβλήματα σε ειδικούς πληθυσμούς
(παιδ. ηλικία, γήρας, εγκυμοσύνη, παχυσαρκία, ανοσοκαταστολή, διεγχειρητικός άρρωστος)

Αποτελέσματα της 1ης περιοδικής αξιολόγησης γνώσεων Πνευμονολογίας.

Η Ελληνική Βρογχολογική Εταιρεία πραγματοποίησε κατά τη διάρκεια του 10ου Ετησίου Σεμιναρίου της (Απρίλιος 1994) την πρώτη περιοδική αξιολόγηση γνώσεων πνευμονολογίας των συμμετεχόντων στην εκδήλωση. Στόχος της προσπάθειας αυτής είναι να προσαρμοστούν οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες της εταιρίας μας στις ανάγκες του χώρου.

Στην οργάνωση της διαδικασίας έλαβαν μέρος 45 έμπειροι στην εκπαίδευση συναδέλφοι εξών 17 διευθυντές εκπαιδευτικών κλινικών και 18 μέλη ΔΕΠ από πέντε Πανεπιστήμια της χώρας μας. Η ηλεκτρονική διαχείριση του υλικού έγινε από συναδέλφους του Εργαστηρίου Ιατρικής Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Τα μέλη και το ΔΣ της εταιρίας μας ευχαριστούν θερμά όλους τους παραπάνω.

Ειδικά σχεδιασμένες για άμεση μηχανογράφηση κάρτες υποβολής ερωτήσεων εστάλησαν σε εμπειρογνώμονες. Τα θέματα ήταν προσαρμοσμένα στα ενδιαφέροντα του συγγραφέα όπως εκφράζονται από την συμμετοχή του στις ομάδες εργασίας της Βρογχολογικής εταιρίας. Υπεβλήθηκαν 344 ερωτήσεις από 41 συναδέλφους. Οι ερωτήσεις είχαν ταξινομηθεί από τους συγγραφείς τους ως προς το βαθμό δυσκολίας, και το περιεχόμενο και οι ορθές απαντήσεις είχαν σχολιασθεί.

Η Επιστημονική Επιτροπή της εκδήλωσης αποτελούμενη από τους συναδέλφους κ.κ. Ν. Σιαφάκα, Δ. Πατάκα, Σ. Κωνσταντόπουλο, Δ. Μπούρο, Α. Αρμαγανίδη, Δ. Μπαλόπουλο, Δ. Μπόφο και Κ. Γουργουλιάνη επέλεξε 170 ερωτήσεις με κριτήρια την κατά το δυνατόν ομοιογενέστερη αντιπροσώπευση του αντικειμένου.

Εκ των 170 ερωτήσεων οι προσφωνήσεις των 120 τυπώθηκαν σε φυλλάδιο και διανεμήθηκαν στους συνέδρους μαζί με μια ξεχωριστή απαντητική κάρτα. Οι λοιπές 50 ερωτήσεις (αρ. 121-170) εμφανίζονται για πρώτη φορά τυπωμένες στον τόμο αυτό.

Οι σύνεδροι εκλήθησαν να συμπληρώσουν σε χώρο της επιλογής τους την κάρτα απαντήσεων. Οι απαντήσεις ήταν ανώνυμες με χρήση κωδικού γνωστού μόνο στον συμμετέχοντα, ο οποίος όμως εκαιέτο να σημειώσει την ειδικότητά του. Τα φύλλα απαντήσεων παρελήφθησαν ταχυδρομικά και από μέλη του Δ.Σ. της Εταιρίας.

Η σύγκριση των απαντήσεων κάθε κάρτας με τις ορθές έγινε αυτόματα με ηλεκτρονική σάρωση και σύγκριση με αντίστοιχο πρότυπο. Ερωτήσεις που είχαν απαντηθεί με διπλή επιλογή ή δεν είχαν καμία επιλογή εθεωρήτο από τον υπολογιστή ότι απαντήθηκαν εσφαλμένα. Το σύνολο του υλικού περιελάμβανε 32280 απαντήσεις από 269 συναδέλφους.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης φαίνονται στους πίνακες 1-5.

Πίνακας 1: Ειδικότητα και ποσοστό συμμετοχής στο ερωτηματολόγιο

	Αριθμός Συνέδρων	Απαντήσεις στο Ερωτηματολόγιο		Μέγεθος δείγματος(*)
Πνευμονολόγοι				
Ειδικευμένοι Πνευμονολόγοι	244	119	48.8%	14280
Ειδικευόμενοι Πνευμονολόγοι	88	64	72.7%	7680
Χειρ.θώρ, Αναισθησ, Παθολόγοι	110	71	64.5%	8520
Λοιπών ειδικοτήτων	68	15	22.1%	1800
Σύνολο	510	269	52.7%	32280

(*)Μέγεθος δείγματος = (αρ.ερωτήσεων Χ αρ.συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο)

Πίνακας 2: Περιεχόμενο ερωτήσεων

			Μέγεθος δείγματος(*)
Αμιγώς βασικές (θεωρητ.) γνώσεις	24	20.0%	6456
Τεχνικές (ΜΕΘ, Εργαστήριο, Βρογχοσκόπηση)	7	5.8%	1883
Νεοπλάσματα Αναπνευστικού	20	16.7%	5380
Λοιμώξεις Αναπνευστικού	11	9.2%	2959
Αποφρακτικές πνευμονοπάθειες	21	17.5%	5649
Διάχυτες πνευμονοπάθειες	15	12.5%	4035
Ανοσολογικά-Ρευματολογικά νοσήματα	4	3.3%	1076
Συγγενείς διαταραχές αναπνευστικού	3	2.5%	807
Δευτερογενείς (εξ άλλων συστημάτων) διαταρ.αν/κού	3	2.5%	807
Νοσήματα πνευμονικής κυκλοφορίας	6	5.0%	1614
Αναπνευστική ανεπάρκεια	6	5.0%	1614
Σύνολο	120		32280

Πίνακας 3: Βαθμός δυσκολίας ερωτήσεων

			Μέγεθος δείγματος(*)
Επίπεδο εκπαιδευτού πνευμονολογίας	20	16.7%	5380
Επίπεδο ειδικευμένου πν/γου με επαρκείς γνώσεις	60	50.0%	16140
Επίπεδο ειδικευμένου παθολόγου με επαρκείς γνώσεις	35	29.2%	9415
Επίπεδο αποφοίτου Ιατρικής	5	4.2%	1345
Σύνολο	120		32280

Πίνακας 4: Ορθές απαντήσεις στο σύνολο των συμμετοχόντων

Περιεχόμενο	Ορθές απαντήσεις	
Αμιγώς βασικές (θεωρητ.) γνώσεις	3127	48.4%
Τεχνικές (ΜΕΘ, Εργαστήριο, Βρογχοσκόπηση)	927	49.2%
Νεοπλάσματα Αναπνευστικού	4154	77.2%
Λοιμώξεις Αναπνευστικού	1609	54.4%
Αποφρακτικές πνευμονοπάθειες	3548	62.8%
Διάχυτες πνευμονοπάθειες	1078	26.7%
Ανοσολογικά-Ρευματολογικά νοσήματα	436	40.5%
Συγγενείς διαταραχές αναπνευστικού	246	30.5%
Δευτερογενείς (εξ άλλων συστημάτων) διαταρ.αν/κού	552	68.4%
Νοσήματα πνευμονικής κυκλοφορίας	386	23.9%
Αναπνευστική ανεπάρκεια	1107	68.6%
Σύνολο	17170	53.2%

Πίνακας 5: Ορθές απαντήσεις σε σχέση με την ειδικότητα

Περιεχόμενο	Πνευμονολόγοι		Άλλων ειδικοτήτων					
	Ειδικευ- μένοι	Ειδικευ- όμενοι	Συναφών		Λοιπών			
Βασικές γνώσεις	1412	49%	1065	69%	553	32%	97	27%
Τεχνικές (ΜΕΘ,Εργαστ,Βρογχ/ση)	579	70%	213	48%	124	25%	11	10%
Νεοπλάσματα Αναπνευστικού	1967	83%	978	76%	1142	80%	67	22%
Λοιμώξεις Αναπνευστικού	983	75%	326	46%	214	27%	86	52%
Αποφρακτικές πνευμονοπάθειες	2156	86%	837	62%	439	29%	116	37%
Διάχυτες πνευμονοπάθειες	701	39%	217	23%	121	11%	39	17%
Ανοσολογικά-Ρευματολογικά νοσ.	214	45%	132	52%	73	26%	17	28%
Συγγενείς διαταραχές αναπνευστ.	138	39%	66	34%	27	13%	15	33%
Δευτερογενείς διαταρ.αν/κού	252	71%	94	49%	175	82%	31	69%
Νοσήματα πνευμ.κυκλοφορίας	206	29%	96	25%	73	17%	11	12%
Αναπνευστική ανεπάρκεια	613	86%	261	68%	219	51%	14	16%
Σύνολο	9221	65%	4285	56%	3160	37%	504	28%

Συμπεράσματα

1. Σημαντικό ποσοστό των γιατρών ενδιαφέρονται να ελέγξουν το επίπεδο των γνώσεών τους. Το 53% των συνέδρων του 10ου Σεμιναρίου της Ελληνικής Βρογχολογικής Εταιρείας απήγησαν στο ερωτηματολόγιο. Δεδομένου ότι οι απαντήσεις ήταν ανώνυμες, και συμπληρώθηκαν στο σπίτι των συμμετεχόντων η ίδια προθυμία μπορεί να μην αποδειχθεί σε ανάλογο ερωτηματολόγιο που απαντάται επώλυμα στον χώρο του συνεδρίου.

2. Οι ειδικευόμενοι πνευμονολόγοι όπως είναι φυσικό ενδιαφέρονται περισσότερο από τους ειδικευμένους να ελέγξουν το επίπεδο των γνώσεών τους.

3. Οι γνώσεις πνευμονολογίας στο σύνολο των συμμετεχόντων στο σεμινάριο φαίνονται επαρκείς. Μία στις δύο ερωτήσεις (53,2%) απαντήθηκαν ορθά. Το ποσοστό αυτό πρέπει να κριθεί ικανοποιητικό με δεδομένο το βαθμό δυσκολίας των ερωτήσεων (17% αναφέροντο σε επίπεδο γνώσεων εκπαιδευτού πνευμονολόγου).

Το ποσοστό αυτό επιτυχίας μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου επειδή

- α) ο πληθυσμός του σεμιναρίου είναι επιλεγμένος. Το πλείστον των συνέδρων έχει παρακολουθήσει τα τελευταία 10 χρόνια τα αντίστοιχα σεμινάρια, 5 εκ των οποίων αναφέροντο στο θέμα: Τι νεώτερο στη προηγούμενη διετία (84-86, 86-88, 88-90, 90-92, 92-94).
- β) αριθμός των απαντήσεων μπορεί να διευκολύνθηκε από το γεγονός ότι η δοκιμασία έγινε σε ελεύθερο χρόνο και τόπο.

4. Οι γνώσεις των πνευμονολόγων δεν φαίνεται να είναι εξίσου ικανοποιητικές σε όλα τα θέματα. Οι πνευμονολόγοι φαίνεται να έχουν υψηλό ποσοστό γνώσεων σε ορισμένα θέματα (νεοπλάσματα του αναπνευστικού, αποφρακτικές πνευμονοπάθειες) και πολύ λιγότερο ικανοποιητικό σε άλλα θέματα (νοσήματα πνευμονικής κυκλοφορίας, διάχυτες πνευμονοπάθειες). Η διαφορά ήταν εμφανής στους ειδικευμένους όσο και στους ειδικευόμενους πνευμονολόγους, και δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον τόπο και χρόνο καταγραφής των απαντήσεων.

Η Βρογχολογική Εταιρεία ελπίζει πως τα συμπεράσματα αυτά θα φανούν χρήσιμα στις επιστημονικές εταιρείες του χώρου και τις κλινικές που παρέχουν ειδικότητα.

Είναι προφανές ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός συναδέλφων που ενδιαφέρονται να μάθουν και θέλουν να ξέρουν πόσο καλά έχουν εκπαιδευτεί.

Κάπου εδώ φαίνεται μια υποχρέωση για ποιότητα από όσους εξ ημών των παλαιότερων κολακεύονται να πιστεύουν ότι παρέχουν εκπαίδευση.

Ο τόμος αυτός θα διανεμηθεί δωρεάν όπως όλες οι εκδόσεις της Βρογχολογικής Εταιρείας. Ευχαριστούμε την Φαρμακευτική Εταιρεία ASTRA για την ανάληψη των εξόδων εκτύπωσης και διανομής, και την συνάδελφο Χριστιάνα Μαρίνου για την επιμέλεια της έκδοσης.

Για τους συναδέλφους που είναι συνδεδεμένοι στο δίκτυο Τηλειατρικής, και για τους που θα χρησιμοποιήσουν στο μέλλον την βάση δεδομένων του Εργαστηρίου Ιατρικής Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, οι ερωτήσεις αυτού του τόμου θα είναι προσπελάσιμες με την μορφή απλού προγράμματος αυτοαξιολόγησης.

Ιανουάριος 1995

Χ.Μελισσηνός

ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΒΡΟΓΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ

Αμφιλοχίου Αναστασία
Αναγνωστοπούλου Ουρανία
Αναγνωστάκης Ιωσήφ
Αντωνίου Δημοσθένης
Αυγερινός Γρηγόριος
Βαρουχάκης Γεώργιος
Γεωργάτου Νίκη
Γεωργόπουλος Δημήτριος
Γιαννοπούλου Δήμητρα
Γκιουλέκας Δημήτριος
Γκάγκα Μίνα
Γουργουλιάνης Κων/νος
Γρηγοράτου Θεοπλάστη
Δεμερτζής Παναγιώτης
Δημητριάδης Ιωάννης
Δημάδη-Γιαννοπούλου Μαρία
Διγαλάκης Γεώργιος
Κανακάκη Μαρία
Καρβουνάς Νικόλαος
Καψιμάδης Φώτιος
Κοντογιάννη Άννα
Κοτρόγιαννης Γεώργιος
Κωστόπουλος Χαράλαμπος
Μαθιουδάκης Γεώργιος
Μαναράς Κων/νος
Μαρίνου Χριστιάνα
Μαρώσης Κων/νος
Μιχαλοπούλου Πηνελόπη
Μουζουράκη Μαρία
Μπουσίου Δήμητρα
Μπάστας Αντώνιος
Μπίρμπα Γεωργία
Μπότση Χρυσούλα
Μπόφος Δημήτριος
Ντουντουνάκης Ελευθέριος Σταύρος
Παναγιωτόπουλος Γεώργιος
Παπαβασιλείου Απόστολος
Παπαβέργος Θεόδωρος
Παπατσιμπας Νικηφόρος
Πατενταλάκης Μιχάλης
Πατεράκης Νικόλαος
Πιπίνη Ελένη
Πρίφτης Κων/νος
Ρουφαγάλη Δήμητρα
Τζαβέλλας Δημήτριος
Τουμπής Μιχαήλ

ΔΙΑΧΥΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Αργυρακόπουλος Παναγιώτης
Αρμενάκη Νίνα
Βαρδουλάκης Θωμάς
Βασσάλος Δημήτριος

Γεωργόπουλος Δημήτριος
Γιαννοπούλου Δήμητρα
Γιώτη Αθηνά
Γκαρτζονίκα Ελένη
Γρηγοράτου Θεοπλάστη
Δαλαβάγκα Γιωτάννα
Δημητρούλης Ιωάννης
Δημάδη-Γιαννοπούλου Μαρία
Δρακωνάκης Γιώργος
Καλοπίση Αικατερίνη
Καρατσάμη Μαρία
Κατής Κων/νος
Κωνσταντόπουλος Σταύρος
Κωνσταντόπουλος Κων/νος
Κωστόπουλος Χαράλαμπος
Λεκάκου Αγάθη
Μιχαλιά Μάρθα
Μιχαλοπούλου Πηνελόπη
Μπούρος Δημοσθένης
Νίκας Κων/νος
Παναγοπούλου Αδαμαντία
Πάσχος Απόστολος
Σαμίου Μαρία
Τακτικού Ελένη
Τουμπής Μιχαήλ
Τσαλδάρη Γαρυφαλιά
Τσιρογιάννης Κων/νος

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Αμφιλοχίου Αναστασία
Αργυρακόπουλος Παναγιώτης
Αράπης Ιωάννης
Βαγιάκης Εμμανουήλ
Βαρουχάκης Γεώργιος
Βασιλείου Μίλτος
Γιώτη Αθηνά
Γκιουλέκας Δημήτριος
Δεληβοριά Ιωαννίδου Βασιλική
Ζέπου Ελισσάβετ
Κανέλλος Δημήτριος
Καστανάκης Εμμανουήλ
Κοντογιάννη Άννα
Κοσμάς Επαμεινώνδας
Κουλούρης Νικόλαος
Κουλούρης Γεώργιος
Κρητικός Δημήτριος
Κυριάκου Μελέτης
Κωνσταντόπουλος Κων/νος
Λαχανά Αλεξάνδρα
Λιανός Δημήτριος
Λιόλιος Μανώλης
Λύχρος Ιωάννης
Μανιού Χρυσούλα

Μαρίνης Ευάγγελος
 Μαυρομάτης Γεώργιος
 Ντουντουνάκης Ελευθέριος Σταύρος
 Παλαμίδας Φίλιππος
 Πανάγου Παναγιώτης
 Πουλάκης Νικόλαος
 Στεφάνου Στέφανος
 Συγκελάκη Πόπη
 Τακτικού Ελένη
 Τάτσης Γεώργιος
 Φραγκουλάκης Δημήτρης

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Αδαμίδης Σωτήριος
 Ανευλαβής Ελευθέριος
 Απολλωνάτος Γεράσιμος
 Αρμενάκη Νίνα
 Αράπης Ιωάννης
 Βαλάκης Κων/νος
 Βλαστός Φρειδερίκος
 Γεωργουδάκης Γρηγόρης
 Γουργουλιάνης Κων/νος
 Δακωρονίας Ιωάννης
 Δαμιανός Αναστάσιος
 Δημητριάδης Ιωάννης
 Δημοηλιόπουλος Ιωάννης
 Καλτεζιώτης Γεώργιος
 Καραγιαννίδης Ναπολέων
 Καρακωνσταντής Εμμανουήλ
 Κεχαγιαδάκης Γεώργιος
 Κουλούρης Γεώργιος
 Κριμπένη Γεωργία
 Λαμπροπούλου Σωτηρία
 Λεκάκου Αγάθη
 Λάσκαρης Ιωάννης
 Μαγκίνα Νίνα
 Μαναράς Κων/νος
 Μαρίνου Χριστιάνα
 Μαύρου Γεωργία
 Μπόφος Δημήτριος
 Νεονάκης Εμμανουήλ
 Παναγοπούλου Αδαμαντία
 Παπαβασιλείου Απόστολος
 Παπανδρέου Λάμπρος
 Παπαντωνάτος Διονύσιος
 Παπαϊωάννου Πρόδρομος
 Παυλάκης Δημήτριος
 Πρεκατές Αθανάσιος
 Πρίφτης Κων/νος
 Πάσχος Απόστολος
 Πέτρουλα Μαρία
 Σαμακοβλή Αναστασία

Σπανού Σταυρούλα
 Στεφάνου Στέφανος
 Σωληναραίου Κων/να
 Τράκα Παναγιώτα
 Τσαρούχα Αιμιλία
 Τσιρογιάννης Κων/νος
 Τάτσης Γεώργιος
 Τίκοβα Εμύλια
 Φιλαδιτάκη Βασιλική

ΑΝΑΠΝ.ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ-ΜΕΘ

Αναγνωστοπούλου Βασιλική
 Ανδρεόπουλος Κων/νος
 Αρμαγανίδης Απόστολος
 Βελδέκης Δημήτριος
 Βετούλης Αριστείδης
 Γεωργιάδης Γεώργιος
 Γρηγοράκος Λεωνίδα
 Δανιήλ Ευαγγελία
 Ζαχαριάς Κων/νος
 Θεοδωράκης Μιχαήλ
 Καδάς Βασίλης
 Καρακωνσταντής Εμμανουήλ
 Καρατζάς Στυλιανός
 Κουτσούκου Αντωνία
 Κριμπένη Γεωργία
 Λαουτίδης Γεώργιος
 Μαθάς Χρήστος
 Μαλτέζος Δημήτριος
 Μιχαλόπουλος Αργύρης
 Μπαλτόπουλος Γεώργιος
 Μπεχράκης Πάνος
 Νεονάκης Εμμανουήλ
 Νάκος Γεώργιος
 Παπαντωνάτος Διονύσιος
 Παυλής Θεόδωρος
 Ροϊδη Δήμητρα
 Τραγάρας Σταύρος
 Φαρμάκης Μάριος
 Φραγκουλάκης Δημήτρης
 Χατζής Αναστάσιος

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ-ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ

Ανδρεόπουλος Κων/νος
 Απολλωνάτος Γεράσιμος
 Βαρδουλάκης Θωμάς
 Βεσλεμές Μάριος
 Βλασερού Φωτεινή
 Βλαστός Φρειδερίκος
 Γεωργουδάκης Γρηγόρης

Γουγουλάκης Σωτήριος
 Δασκαλόπουλος Γεώργιος
 Δεμερτζής Παναγιώτης
 Διονέλλης Γεώργιος
 Δρακωνάκης Γιώργος
 Ζαχαριάδης Εμμανουήλ
 Ζέπου Ελισσάβετ
 Θαλασσινός Νικόλαος
 Κανακάκη Μαρία
 Καραγιαννίδης Ναπολέων
 Καρούτσου Λεμονιά
 Κατής Κων/νος
 Καψιμάδης Φώτιος
 Κεχαγιαδάκης Γεώργιος
 Κοσμάς Επαμεινώνδας
 Κοτρόγιαννης Γεώργιος
 Κρητικός Δημήτριος
 Κωνσταντίνου Κων/νος
 Λαουτίδης Γεώργιος
 Λιανός Δημήτριος
 Λιβάνιος Ελευθέριος
 Λιόλιος Μανώλης
 Λάσκαρης Ιωάννης
 Μπουσίου Δήμητρα
 Μπούρος Δημοσθένης
 Μπίρμπα Γεωργία
 Νιώτης Γεώργιος
 Παλαμίδας Φίλιππος
 Παπασιμπας Νικηφόρος
 Παρασκευόπουλος Ανδρέας
 Πολυζωγόπουλος Δημήτριος
 Πολυχρονόπουλος Βλάσσης
 Πέτρουλα Μαρία
 Ρουφαγάλη Δήμητρα
 Σαμακοβλή Αναστασία
 Σπανού Σταυρούλα
 Συγκελάκη Πόπη
 Σωληναραίου Κων/να
 Τράκα Παναγιώτα
 Τσαλδάρη Γαρυφαλιά
 Τσαρούχα Αιμιλία
 Τσουκαλάς Γιώργος
 Τσάτσος Αναστάσιος
 Τίκοβα Εμύλια
 Φάτσης Μιχάλης
 Χανιωτάκη Φωτεινή

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Αδαμίδης Σωτήριος
 Βασιλείου Μίλτος
 Βοντετσιάνος Θεόδωρος
 Δακορωνίας Ιωάννης

Δεληβοριά Ιωαννίδου Βασιλική
 Δημητρούλης Ιωάννης
 Διγαλάκης Γεώργιος
 Ζαγανά Ευαγγελία
 Θαλασσινός Νικόλαος
 Θεοδωράκης Μιχαήλ
 Κανέλλος Δημήτριος
 Καρβουνάς Νικόλαος
 Καρούτσου Λεμονιά
 Κοφινάς Γεώργιος
 Κυθρεώτης Προκόπης
 Μαθιουδάκης Γεώργιος
 Μανιού Χρυσούλα
 Μαυρομάτης Γεώργιος
 Μαυροπάνου Δομήκα
 Μελισσηνός Χρυσόστομος
 Μιχαλόπουλος Αργύρης
 Μουζουράκη Μαρία
 Μπάστας Αντώνιος
 Νάκος Γεώργιος
 Παπαβέργος Θεόδωρος
 Παπαϊωάννου Πρόδρομος
 Παρασκευοπούλου Μαρίνα
 Πετρούλα Μαρία
 Πιπίνη Ελένη
 Σιαφάκας Νικόλαος
 Τζανάκης Νικόλαος
 Τρακόπουλος Γεώργιος
 Τσαγκάρης Ηρακλής
 Τσιώκου Ιωάννα
 Τσάτσος Αναστάσιος
 Φαρμάκης Μάριος
 Φιλαδιτάκη Βασιλική

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Βοντετσιάνος Θεόδωρος
 Γρηγοράκος Λεωνίδα
 Δημόπουλος Γεώργιος
 Καρατσάμη Μαρία
 Λαχανά Αλεξάνδρα
 Μαγκίνα Νίνα
 Μαυροπάνου Δομήκα
 Μαυρουδής Παναγιώτης
 Μηλίγκος Βασίλειος
 Μπάρλας Κων/νος
 Παπαγεωργίου Κων/νος
 Παρασκευοπούλου Μαρίνα
 Πετρούλα Μαρία
 Τζαβέλλας Δημήτριος
 Τσαγκάρης Ηρακλής
 Τσιώκου Ιωάννα
 Τσίτουρα Άννα

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΕΡΩΤ. 1: *Οι μηχανισμοί με τους οποίους η παραρρινοκολπίτις μπορεί να προκαλέσει παρόξυνση του άσθματος είναι όλοι οι παρακάτω εκτός από ένα*

- [A]: Βακτηριδιακή επέκταση στους πνεύμονες
- [B]: Επίταση του β-αδρενεργικού αποκλεισμού
- [Γ]: Αντανακλαστικός βρογχόσπασμος
- [Δ]: Καταστολή του παρασυμπαθητικού
- [E]: Αύξηση της εκκρίσεως φλεγμονωδών μεσολαβητών

ΕΡΩΤ. 2: *Σε τι ποσοστό οι ασθματικοί έχουν ασυμπτωματική παραρρινοκολπίτιδα*

- [A]: 50%
- [B]: 25%
- [Γ]: 20%
- [Δ]: 10%
- [E]: 5%

ΕΡΩΤ. 3: *Στη διαφορική διάγνωση εμφυσήματος άσθματος ποια λειτουργική εξέταση είναι περισσότερο διευκρινιστική (κατά την διάρκεια της κρίσης του άσθματος)*

- [A]: Η σπιρομέτρηση
- [B]: Το αζωτογράφημα
- [Γ]: Η διάχυση
- [Δ]: Η μέτρηση της αγωγιμότητας
- [E]: Όλα τα ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 4: *Ασθενής ηλικίας 35 ετών με μακρό ιστορικό άσθματος προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με έντονη δύσπνοια. Κατά την κλινική εξέταση εμφανίζει διανοητική σύγχυση και έκδηλη κόπωση, ελαφρά κυάνωση χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών και μουσικούς ρόγχους. Αέρια αίματος $pH=7,22$ $PaCO_2$ 45mmHg, PaO_2 52mmHg. Η άμεση θεραπεία της πρέπει να περιλάβει όλα τα παρακάτω εκτός από*

- [A]: Μηχανική υποστήριξη της αναπνοής μετά από διασωλήνωση
- [B]: Τερβουταλίνη ή Αδρεναλίνη υποδόρια ή σαλβουταμόλη σε στάγδην ενδοφλέβια έγχυση
- [Γ]: Κορτικοστεροειδή ενδοφλεβίως
- [Δ]: Μπεκλομεθαζόνη σε εισπνοές 250μg 2x2
- [E]: Αντιβίωση

ΕΡΩΤ. 5: *Τα παρακάτω υποδηλούν σοβαρή κρίση άσθματος*

- [A]: Παράδοξος σφυγμός 40mmHg
- [B]: Περιφερική κυάνωση χωρίς κεντρική κυάνωση

- [Γ]: 98 σφύξεις κατά λεπτό
[Δ]: εισπνευστικός συριγμός
[Ε]: επιμήκυνση του διαστήματος QT στο ΗΚΓ

ΕΡΩΤ. 6: Οι αποφρακτικές άπνοιες στον ύπνο μπορούν να οδηγήσουν στις παρακάτω καρδιαγγειακές επιπλοκές

- [Α]: Καρδιακές αρρυθμίες κατά τη διάρκεια του ύπνου
[Β]: Αρτηριακή υπέρταση
[Γ]: Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια
[Δ]: Περικαρδίτιδα
[Ε]: Τα Α + Β + Γ

ΕΡΩΤ. 7: Στο πνευμονικό εμφύσημα

- [Α]: Η λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητας (FRC) είναι αυξημένη
[Β]: Η ολική πνευμονική χωρητικότητας (TLC) είναι μειωμένη
[Γ]: Η διαχυτική ικανότητας του πνεύμονος είναι φυσιολογική ή αυξημένη
[Δ]: Η στατική πνευμονική διατασιμότητας είναι αυξημένη
[Ε]: Τα Α και Δ είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 8: Ποιο από τα ακόλουθα αποτελεί κλινικό γνώρισμα της απλής χρόνιας βρογχίτιδας

- [Α]: Πυώδης απόχρεμψη
[Β]: Βελτίωση του FEV1 μετά την διακοπή του καπνίσματος
[Γ]: Πληκτροδακτυλία
[Δ]: Αερώδεις κύστες (Bullae) στην ακτινογραφία θώρακος
[Ε]: Η χορήγηση κορτικοειδών δεν προκαλεί βρογχοδιαστολή

ΕΡΩΤ. 9: Όλα τα παρακάτω είναι συμπτώματα του συνδρόμου της αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο εκτός από ένα

- [Α]: Λιποθυμικά επεισόδια
[Β]: Ροχαλητό με παύσεις και απότομη επανέναρξη
[Γ]: Υπνηλία την ημέρα
[Δ]: Ευερεθιστότης
[Ε]: Νυχτερινή συχνουρία

ΕΡΩΤ. 10: Στη νόσο των μικρών αεραγωγών στη καμπύλη ροής όγκου η DV max 50 είναι

- [Α]: Πάνω από 20%
[Β]: Πάνω από 50%
[Γ]: Κάτω από 20%
[Δ]: Κάτω από 50%
[Ε]: Κάτω από 30%

ΕΡΩΤ. 11: Η επικρατούσα θεωρία της παθογένειας του εμφυσήματος είναι

- [Α]: Διαταραχή στο σύστημα πρωτεασών-αντιπρωτεασών
[Β]: Διαταραχή στο σύστημα οξειδωτικών-αντιοξειδωτικών ουσιών
[Γ]: Διαταραχή IgE ανοσοσφαιρίνης

[Δ]: Διαταραχή IgA ανοσοσφαιρίνης
 [E]: H α + β

ΕΡΩΤ. 12: Η παθογένεια του εμφυσημάτος στους καπνιστές οφείλεται

[A]: Στην φλεγμονώδη αντίδραση με επακόλουθο αύξηση των επιπέδων της ελαστάσης
 [B]: Αδρανοποίηση ενδοπνευμονικών αντιελαστασών
 [Γ]: Αύξηση της α1
 [Δ]: Ελάττωση της βιοσυνθετικής αποκατάστασης του βρογχικού βλεννογόνου
 [E]: α + β

ΕΡΩΤ. 13: Οι ασθενείς που πάσχουν κατ'εξοχήν από πνευμονικό εμφύσημα σε αντίθεση από ασθενείς με χρόνια βρογχίτιδα παρουσιάζουν

[A]: Αύξηση >15% του FEV₁ μετά βρογχοδιαστολή με β2-διεγέρτες
 [B]: Υψηλότερο PaCO₂
 [Γ]: Χαμηλότερη TLC
 [Δ]: Χαμηλότερη DLCO
 [E]: Μεγαλύτερη τάση αναπτύξεως χρόνιας πνευμονικής καρδιάς

ΕΡΩΤ. 14: Εναλλακτικοί τρόποι χορηγήσεως εισπνεομένων φαρμάκων όταν αυτά χορηγούνται με δοσιμετρική συσκευή (MDI) ενδείκνυται

[A]: Σε κακή συνεργασία συντονισμού εισπνοής-ενεργοποίησης της συσκευής
 [B]: Σε σοβαρή κρίση
 [Γ]: Σε φαινόμενο προωθητικού αερίου (freon effect)
 [Δ]: Για αποφυγή ανεπιθυμητών ενεργειών των κορτικοειδών
 [E]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 15: Οι αποφρακτικές άπνοιες μπορούν να οδηγήσουν στις παρακάτω καρδιακές αρρυθμίες κατά τη διάρκεια του ύπνου

[A]: Φλεβοκομβική ταχυκαρδία και φλεβοκομβικές παύσεις
 [B]: Εκτακτες κοιλιακές συστολές
 [Γ]: Κολποκοιλιακός αποκλεισμός δευτέρου βαθμού
 [Δ]: Κοιλιακή ταχυκαρδία
 [E]: Όλα τα ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 16: Επαγγελματική έκθεση στον Αμίαντο είναι γνωστό ότι μπορεί να προκαλέσει α) μεσοθηλίωμα β) διάχυτη ινοποιό κυψελιδίτιδα (Αμιάντωση) γ) καρκίνο πνεύμονα στους καπνιστές και δ) καλοήθειες εξιδρωματικές συλλογές. Μη καπνιστές εκτεθειμένοι επαγγελματικά στον αμίαντο μπορεί να παρουσιάσουν νόσο των μικρών αεραγωγών πρωτοπαθώς. Αν ναι που βρίσκεται ή χαρακτηριστική βλάβη

[A]: Ποτέ δεν παρουσιάζουν
 [B]: Ναι στους κυψελιδικούς αγωγούς
 [Γ]: Ναι στα τελικά βρογχιόλια
 [Δ]: Ναι στα τελικά και αναπνευστικά βρογχιόλια (ιδιαίτερα στα δεύτερα)
 [E]: Ναι άλλα μόνον αν καπνίζουν και εντοπίζεται στα τελικά βρογχιόλια

ΕΡΩΤ. 17: Ποιά είναι το ποσοστό των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και $FEV_1 < 0.75lt$ που θα έχουν επιβίωση μεγαλύτερη από 5 έτη.

- [A]: 20%
- [B]: 50%
- [Γ]: 60%
- [Δ]: 90%
- [Ε]: 95%

ΕΡΩΤ. 18: Ποιο από τα παρακάτω νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να δώσει σπироγράφημα περιοριστικού τύπου

- [A]: Ο καρκίνος της τραχείας
- [B]: Το πνευμονικό εμφύσημα
- [Γ]: Η χρόνια βρογχίτις
- [Δ]: Το βρογχικό άσθμα
- [Ε]: Η ενδοθωρακική σαρκοείδωση Ιου σταδίου

ΕΡΩΤ. 19: Ποια είναι η πιο συχνή αιτία του χρόνιου βήχα, από τα κάτωθι

- [A]: Βρογχικό άσθμα
- [B]: Βρογχίτιδα
- [Γ]: Μεταλοιμώδης αιτία
- [Δ]: Οπισθορινικός κατάρρους
- [Ε]: Ψυχογενής

ΕΡΩΤ. 20: Πόσοι από τους καπνιστές με πάνω από 20 πακέτα x έτη αναπτύσσουν σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (δηλ $FEV_1 < 60\%$)

- [A]: 20-30%
- [B]: 30-35%
- [Γ]: 0-5%
- [Δ]: 10-15%
- [Ε]: 40%

ΕΡΩΤ. 21: Σε ποιο χρωμόσωμα έχει εντοπισθεί η βλάβη σε ασθενείς με κυστική ίνωση και ποιός είναι ο πιο συνήθης μικροοργανισμός ο οποίος απομονώνεται στα πτύελα των παιδιών. Ποια είναι η σωστή απάντηση

- [A]: Χρωμόσωμα 11 και ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος
- [B]: Χρωμόσωμα 7 και ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος
- [Γ]: Χρωμόσωμα 15 και το μυκοβακτηρίδιο avium
- [Δ]: Χρωμόσωμα 11 και ψευδομονάς aeruginosa
- [Ε]: Κανένα από τα ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 22: Ποια είναι η συχνότερη αιτία αιφνιδίου θανάτου από το αναπνευστικό σύστημα σε ασθενείς που πάσχουν από συστηματικό ερυθηματώδη λύκο

- [A]: Μαζική πλευριτική συλλογή
- [B]: Σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού
- [Γ]: Διάμεση ίνωση
- [Δ]: Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω αθρόας διάχυτης ενδοπνευμονικής αιμορραγίας
- [Ε]: Πνευμοθώρακας

ΕΡΩΤ. 23: Η κοκκιωμάτωση του Wegener μπορεί να εκδηλωθεί σαν

- [A]: Κεραυνοβόλος κυψελιδική αιμορραγία
- [B]: Αμφοτερόπλευροι κοιλοτικοί όζοι
- [Γ]: Αμφοτερόπλευρες κυψελιδικές σκιάσεις
- [Δ]: Πυκνωτική πνευμονική περιοχή
- [E]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 24: Το σύνδρομο Churg-Strauss: (αλλεργική κοκκιωμάτωση)

- [A]: Γενικά θεωρείται σαν υποομάδα της νόσου του Wegener
- [B]: Συνήθως παρατηρείται σε ασθματικούς ασθενείς
- [Γ]: Είναι υποομάδα της νεκρωτικής σαρκοειδικής αγγειίτιδος
- [Δ]: Είναι μια μορφή λεμφοϋπερπλαστικής νόσου
- [E]: Είναι συνώνυμη με την αλλεργική βρογχοπνευμονική ασπεργίλλωση.

ΕΡΩΤ. 25: Ποια εκ των κάτωθι συναντώνται στην ελκώδη κολίτιδα

- [A]: Αγγειίτιδα στον πνεύμονα
- [B]: Πνευμονική ίνωση
- [Γ]: Πνευμονική εμβολή
- [Δ]: Το A και Γ
- [E]: Το A και B και Γ

ΕΡΩΤ. 26: Το πιο συχνό βακτηρίδιο στα πτύελα σε ασθενείς με κυστική ίνωση είναι

- [A]: Χρυσίζων σταφυλόκοκκος
- [B]: Ψευδομονάς cerasia
- [Γ]: Ψευδομονάς aeruginosa
- [Δ]: Αιμόφιλος ινφλουέντζας
- [E]: Κλεμπσιέλλα πνευμονίας

ΕΡΩΤ. 27: Ποιο από τα παρακάτω είναι λάθος σχετικά με την κυστική ίνωση, (CF)

- [A]: Η προγεννητική διάγνωση της CF είναι πιο ακριβής με την ανακάλυψη του γονιδίου της CF
- [B]: Η ανάλυση της μεταλλάξεως γίνεται στο αίμα ή σε δείγματα χοριονικών βλαστών
- [Γ]: Ο καθορισμός των φορέων της CF στο γενικό πληθυσμό δεν είναι εφικτός επί του παρόντος
- [Δ]: Λόγω του ότι με την πρώιμη διάγνωση βελτιώνεται η πρόγνωση, ο έλεγχος των νεογνών πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις
- [E]: Η πρώιμη διάγνωση με τον αδρό έλεγχο (screening) μπορεί να ενέχει κινδύνους για την οικογένεια

ΕΡΩΤ. 28: Νέος 22 ετών υποβάλεται σε ακτινογραφία θώρακος F προκειμένου να διορισθεί. Τυχαίο εύρημα της ακτινογραφίας αποτελεί τριγωνική σκίαση δεξιάς βάσης. Στην διαφορική διαγνωστική περιλαμβάνεται και το πνευμονικό απόλυμα. Ποια εκ των κατωτέρω εξετάσεων θα έθετε με ακρίβεια την διάγνωση του πνευμονικού απολύματος.

- [A]: Βρογχοσκόπηση
- [B]: Αξονική τομογραφία
- [Γ]: Αορτογραφία
- [Δ]: Μαγνητική τομογραφία
- [E]: Όλα τα ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 29: Ασθενής έχει σοβαρές διάρροιες και έρχεται στα εξωτερικά επείγοντα ιατρεία με τα εξής: $PCO_2=40\text{mmHg}$, $HCO_3=12\text{mEq/et}$, $pH=7,20$, χάσμα ανιόντων=12, και κάλιο αίματος=2,8. Ποια είναι η διαταραχή

- [A]: Μεταβολική οξέωση και αναπνευστική αλκάλωση
- [B]: Μεταβολική οξέωση μη αντιρροπούμενη
- [Γ]: Μεταβολική και αναπνευστική οξέωση
- [Δ]: Νεφρική οξέωση
- [E]: Αναπνευστική οξέωση

ΕΡΩΤ. 30: Οι δρεπανοκυτταρικές νόσοι αποτελούν μια ομάδα αιμοσφαιρινοπαθειών οι οποίες συχνά εκδηλώνουν προσβολή του πνεύμονα. Ασθενείς ομοζυγωτές αναπτύσσουν συχνά λοιμώξεις και φλεβοθρόμβωση. Με τον όρο οξύ θωρακικό σύνδρομο ορίζουμε το πνευμονικό διήθημα με πυρετό και συχνά οστικά άλγη. Η αιτιολογία του μπορεί να οφείλεται σε

- [A]: Πνευμονική εμβολή
- [B]: Πνευμονία με ή χωρίς δρεπανοκυττάρωση και μπορεί να εξελιχθεί σε ARDS
- [Γ]: Διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη
- [Δ]: Φλεβοθρόμβωση της πνευμονικής κυκλοφορίας με ή χωρίς εμβολή μυελού
- [E]: Το Β και το Δ

ΕΡΩΤ. 31: Ποια από τις παρακάτω διαταραχές είναι περισσότερο πιθανό να έχει $pH=7,32$ και $PaCO_2=32\text{mmHg}$

- [A]: Οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια (shock)
- [B]: Οξείας έναρξης υπεραερισμού λόγω υστερίας
- [Γ]: Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια λόγω αποφρακτικής πνευμονοπάθειας
- [Δ]: Δηλητηρίαση με βαρβιτουρικά
- [E]: Δηλητηρίαση με βενζοδιαζεπίνες

ΕΡΩΤ. 32: Τα ευρήματα που συνηγορούν υπέρ λιπώδους εμβολής είναι: 1. οξεία αναπν. ανεπάρκεια, 2. διαταραχή συνειδήσεως, 3. πετέχεια, 4. πυρετός, 5. αιμόπτυση

- [A]: 1,2,3
- [B]: 1,3
- [Γ]: 2,4
- [Δ]: 4
- [E]: Όλα σωστά

ΕΡΩΤ. 33: Σε γυναίκα που λαμβάνει κουμαρινικά για θεραπεία εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής που μένει έγκυος κατά την διάρκεια της θεραπείας, θα πρέπει

- [A]: Να συνεχίσει τα κουμαρινικά
- [B]: Να τα διακόψει
- [Γ]: Να χορηγηθεί μόνο ηπαρίνη στάγδην I.V.
- [Δ]: Να συγχορηγηθούν κουμαρινικά και ηπαρίνη
- [E]: Να χορηγηθεί ηπαρίνη Υ.Δ. και να διακοπούν τα κουμαρινικά

ΕΡΩΤ. 34: Ασθενής 45 ετών παρουσιάζεται στα εξωτερικά ιατρεία με αιφνίδιο πόνο στο στήθος και δύσπνοια αιφνίδια εγκατασταθέντα μετά από αεροπορικό ταξίδι από Νέα Υόρκη. Ο ασθενής παρουσιάζει $PaCO_2$ 32mmHg και PaO_2 90mmHg και έχει φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Γίνεται σπινθηρογράφημα αερισμού αιμάτωσης το οποίο δείχνει μια υποπηματική ελλειμματική περιοχή αιμάτωσης του αριστερού άνω λοβού και μία ελλειμματική περιοχή αιμάτωσης και αερισμού στο μέσο λοβό. Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί μέρος της απαραίτητης αντιμετώπισης

- [A]: Ηπαρινοθεραπεία
- [B]: Συμπωματική θεραπεία μόνο και παρακολούθηση
- [Γ]: Πνευμονική αγγειογραφία
- [Δ]: Τα Α και Γ είναι σωστά
- [Ε]: Τα Β και Δ είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 35: Η νόσος του Wegener είναι μια συστηματική αγγειίτιδα με συμμετοχή, σχεδόν πάντα, του πνεύμονα ή του ανωτέρου αναπνευστικού. Για τη διάγνωση της είναι απαραίτητη η συσχέτιση της κλινικής εικόνας με τα εργαστηριακά και παθολογοανατομικά ευρήματα. Η ανοικτή βιοψία πνεύμονα αποτελεί τη βασική εξέταση για την απόκτηση ιστού για εξέταση. Ποια από τα κατώτερα ή ποιος συνδυασμός ιστολογικών ευρημάτων αποτελούν διαγνωστικά ιστολογικά κριτήρια

- [A]: Φλεγμονή των μετατριχοειδικών φλεβιδίων και νέκρωση
- [B]: Αγγειίτιδα (σε οποιαδήποτε μορφή) και ινδοειδής νέκρωση
- [Γ]: Φλεγμονή των αρτηριολίων και ίνωση του παρεγχύματος
- [Δ]: Εύρεση κοκκιδώματος, γεωγραφικής νέκρωσης και αγγειίτιδας
- [Ε]: Διάχυτη πνευμονική αγγειακή βλάβη προ και μετά τριχοειδών

ΕΡΩΤ. 36: Νεαρή γυναίκα ηλικίας 25 ετών παραπονείται για προοδευτική δύσπνοια, κόπωση και συγκοπτικές προσβολές στην προσπάθεια απο 6μήνου. Δεν αναφέρει προηγούμενο ιστορικό καρδιακών φυσημάτων, δεν παρουσιάζει δερματικά εξανθήματα και πυρετό. Η πιο πιθανή διάγνωση είναι:

- [A]: Ρευματικός πυρετός
- [B]: Στένωση πνευμονικής βαλβίδος
- [Γ]: Θρομβοεμβολικά επεισόδια
- [Δ]: Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση
- [Ε]: Μεσοκοιλιακή επικοινωνία

ΕΡΩΤ. 37: Σε ασθενείς με σημαντική υποξαιμία μετά από πνευμονική εμβολή, η παθοφυσιολογική εξήγηση της πτώσης της PaO_2 συμπεριλαμβάνει όλους τους ακόλουθους μηχανισμούς εκτός από έναν

- [A]: Σημαντική αύξηση του πραγματικού βραχυκυκλώματος στην οξεία φάση
- [B]: Αύξηση του κλάσματος της καρδιακής παροχής που διοχετεύεται προς περιοχές με χαμηλό VA/Q
- [Γ]: Αύξηση του νεκρού χώρου
- [Δ]: Αύξηση του λειτουργικού βραχυκυκλώματος, όταν η καρδιακή παροχή είναι φυσιολογική
- [Ε]: Μείωση της περιεκτικότητας του μικτού φλεβικού αίματος σε οξυγόνο σε περιπτώσεις μείωσης της καρδιακής παροχής

ΕΡΩΤ. 38: Σε έναν άρρωστο με δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα

- [A]: Δώστε του να εκπνεύσει μίγμα αέρος περιέχοντος 5% CO_2
- [B]: Συμβουλευτέ τον να μην καπνίζει
- [Γ]: Προτρέψτε τον να υπεραερίζει εισπνέοντας μίγμα O_2 40%
- [Δ]: Δώστε του να εισπνεύσει οξυγόνο 100%
- [Ε]: Κανένα από τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 39: Ποιος είναι ο συνηθέστερος εκλυτικός παράγων της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με Χ.Α.Π.

- [Α]: Πνευμοθώρακας
- [Β]: Πνευμονική εμβολή
- [Γ]: Οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού
- [Δ]: Χειρουργική επέμβαση
- [Ε]: Καρδιακή ανεπάρκεια

ΕΡΩΤ. 40: Το ARDS μπορεί να οφείλεται σε

- [Α]: Σήψη
- [Β]: Εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου
- [Γ]: Οξεία κάμψη στην αριστερή κοιλίας
- [Δ]: Στα α και β
- [Ε]: Σε όλα τα ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 41: Ποια είναι τα κριτήρια για χρόνια οξυγονοθεραπεία

- [Α]: Υποξαιμία κατά την διάρκεια της ημέρας
- [Β]: Σοβαρή μείωση της FEV₁
- [Γ]: Πνευμονική υπέρταση
- [Δ]: Δευτεροπαθής πολυκυτταραιμία
- [Ε]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 42: Ποιο από τα ακόλουθα δεν είναι χαρακτηριστικό του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικου (ARDS)

- [Α]: Πρώμη καταστροφή των κυττάρων τύπου I και τύπου II και στη συνέχεια πολλαπλασιασμός των κυττάρων τύπου I
- [Β]: Κυψελιδικό και διάμεσο οίδημα
- [Γ]: Διαταραχή της κυψελιδοαρτηριακής μεμβράνης με αύξηση της διαπερατότητας της σε χαμηλές υδροστατικές πιέσεις
- [Δ]: Συσσώρευση λευκών αιμοσφαιρίων
- [Ε]: Προοδευτική εμφάνιση ίνωσης του πνευμονικού παρεγχύματος

ΕΡΩΤ. 43: Ποια από τα παρακάτω δεν αποτελεί σχετική αντένδειξη για μεταμόσχευση πνεύμονος στις διάχυτες πνευμονοπάθειες

- [Α]: Χορήγηση κυτταροτοξικής θεραπείας
- [Β]: Πρόβλεψη επιβίωσης μεταλύτερη από δύο χρόνια
- [Γ]: Αδυναμία να μειωθούν οι μεγάλες δόσεις κορτικοειδών
- [Δ]: Αναπνευστική ανεπάρκεια που απαιτεί μηχανικό αερισμό
- [Ε]: Ψυχοσυναισθηματική αστάθεια (psychoemotional instability)

ΕΡΩΤ. 44: Για ποιο λόγο, που έχει σχέση με την χορήγηση αναισθησίας ο βαρύς καπνιστής που πρόκειται να χειρουργηθεί, θα πρέπει να διακόψει το κάπνισμα 48 ώρες πριν την επέμβαση

- [Α]: Για την ελάττωση των βρογχικών εκκρίσεων
- [Β]: Για τη βελτίωση της PaO₂
- [Γ]: Για τη βελτίωση του περιεχομένου O₂
- [Δ]: Για την ελάττωση της PaCO₂
- [Ε]: Για την βελτίωση της FEV₁

ΕΡΩΤ. 45: *Αύξηση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης από το 50 στο 75% φυσιολογικά απαιτεί μια αύξηση της μερικής τάσης του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα κατά*

- [A]: 13mmHg
- [B]: 100mmHg
- [Γ]: 50mmHg
- [Δ]: 80mmHg
- [E]: 110mmHg

ΕΡΩΤ. 46: *Ο βόειος βήχας οφείλεται σε*

- [A]: Λαρυγγίτιδα
- [B]: Χρόνια παράλυση της αριστερής φωνητικής χορδής
- [Γ]: Χρόνια παράλυση της δεξιάς φωνητικής χορδής
- [Δ]: Παράλυση και των δύο φωνητικών χορδών
- [E]: Επιγλωττίτιδα

ΕΡΩΤ. 47: *Ο σχετικός υποαερισμός των κορυφών των πνευμόνων σε σχέση προς τις βάσεις σε άτομο το οποίο αναπνέει ήρεμα σε όρθια θέση εξηγείται από:*

- [A]: Την ύπαρξη αυξημένων αντιστάσεων των αεραγωγών των κορυφών των πνευμόνων
- [B]: Την ανομοιογενή κατανομή της αιμάτωσης των πνευμόνων
- [Γ]: Διαφορές στην ιστολογική υφή των κορυφών και των βάσεων των πνευμόνων
- [Δ]: Την ύπαρξη διαφοράς ενδοθωρακικής πίεσης στις 2 περιοχές, η οποία είναι αποτέλεσμα του βάρους των πνευμόνων
- [E]: Όλα τα παραπάνω είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 48: *Σχετικά με τις οζώδεις σκιάσεις που παρατηρούνται στην υπολογιστική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας (high resolution computed tomography)*

- [A]: Όλες ομοιάζουν
- [B]: Συνήθως περιέχουν ασβέστιο
- [Γ]: Αν και όμοιες συχνά έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία βοηθούν στην διάκριση τους ως διάμεσου τύπου ή κυψελιδικές
- [Δ]: Δεν κατανέμονται ποτέ περιλεμφαγγειακά
- [E]: Δεν ανευρίσκονται σε πνευμονοκονίωση

ΕΡΩΤ. 49: *Η ανάλυση χυλώδους υπεζωκοτικής συλλογής τυπικά δείχνει*

- [A]: 0,3-3,0 gr/dl πρωτεΐνης
- [B]: Σχέση χοληστερόλης/τριγλυκεριδίων >1
- [Γ]: pH 7,30-7,39
- [Δ]: Λεμφοκυτταρικό τύπο
- [E]: Μικρές ποσότητες ινωδογόνου

ΕΡΩΤ. 50: *Η πληκτροδακτυλία (clubbing) συχνή εκδήλωση πνευμονικών ή εξωπνευμονικών νοσημάτων όπως ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση. Πνευμονικό απόστημα, τετραλογία του Fallot, κίρρωση ήπατος, υποξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα και άλλα. Η παθογένεια της οφείλεται*

- [A]: Στην υποξαιμία
- [B]: Στην υπερπαραγωγή αυξητικών ορμονών από τους φλεγμαινοντες ιστούς
- [Γ]: Στην εμφάνιση αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών στην φάλαγγα

- [Δ]: Στην εναπόθεση μεγακαρυοκυττάρων και αώρων αιμοπεταλίων στα τριχοειδή της ονυχοφόρου φάλαγγας και στην εν συνέχεια παραγωγή αυξητικών παραγόντων (PD GF)
[E]: Στην υπερπαραγωγή κυτταροκινών

ΕΡΩΤ. 51: *Η ετήσια μείωση της FEV₁ σε Έλληνες ενήλικες είναι περίπου*

- [A]: 38ml
[B]: 18ml
[Γ]: 58ml
[Δ]: 68ml
[E]: 108ml

ΕΡΩΤ. 52: *Ο παράπλευρος αερισμός των πνευμόνων γίνεται*

- [A]: Μόνο από κυψελίδες προς κυψελίδες
[B]: Μόνο από βρογχιόλια προς κυψελίδες
[Γ]: Μόνο από βρογχιόλια προς βρογχιόλια
[Δ]: Μόνο από βρογχιόλια και κυψελίδες προς κυψελίδες
[E]: Είναι κυψελιδο-κυψελιδικός, βρογχιολο-κυψελιδικός και βρογχιολο-βρογχιολικός

ΕΡΩΤ. 53: *Ποια από τις παρακάτω διαταραχές δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν άμεση μετεγχειρητική επιπλοκή υπεύθυνη για τη διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας σε εγχειρήσεις άνω κοιλίας*

- [A]: Περιοριστικό σύνδρομο
[B]: Υπερέκκριση βρογχικών εκκρίσεων
[Γ]: Μείωση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας
[Δ]: Μείωση του αερισμού λόγω πόνου
[E]: Υπαρξη βραχυκυκλώματος

ΕΡΩΤ. 54: *Υπόπεζωκοτικές γραμμές ανευρίσκονται στην υπολογιστική τομογραφία σε*

- [A]: Αμιάντωση με διάμεση ίνωση
[B]: Σαρκοείδωση
[Γ]: Εμφύσημα
[Δ]: Ενοσφήνωση βλένης
[E]: Πνευμονία εξ υπερευαισθησίας

ΕΡΩΤ. 55: *Η κυτταροκίνη η οποία ευθύνεται περισσότερο για την επιστράτευση ουδετεροφίλων στον πνεύμονα είναι*

- [A]: IL-2
[B]: IL-8
[Γ]: IL-4
[Δ]: IL-6
[E]: IL-10

ΕΡΩΤ. 56: *Η κυτταροκίνη η οποία ευθύνεται για την ηωσινοφιλία και την ενεργοποίηση των ηωσινοφίλων είναι*

- [A]: Ο παράγοντας νεκρώσεως (TNF)

- [B]: Η ιντερλευκίνη -2, (IL-2)
 [Γ]: Η ιντερλευκίνη -4, (IL-4)
 [Δ]: Η ιντερλευκίνη -5, (IL-5)
 [E]: Η γάμμα ιντερφερόνη, (γ-IFN)

ΕΡΩΤ. 57: Ο υπεραερισμός μπορεί να προκαλέσει

- [A]: Μείωση της ενδοκρανιακής πίεσης
 [B]: Μείωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου
 [Γ]: Αύξηση του καλίου του ορού
 [Δ]: Μεταβολική αλκάλωση
 [E]: Τα α και β είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 58: Όλα τα παρακάτω είναι ορθά σχετικά με τον χυλοθώρακα εκτός από ένα

- [A]: Τριγλυκερίδια πλευριτικού υγρού >110mg/dl είναι διαγνωστικά χυλοθώρακος
 [B]: Σε ποσοστό 30% η γλυκόζη είναι χαμηλή (σχέση πλευρικού υγρού/ορού <0,5)
 [Γ]: Τιμή τριγλυκεριδίων πλευριτικού υγρού μεταξύ 50-110mg/dl πρέπει να ελεγχθεί με ηλεκτροφόρηση λιποπρωτεϊνών
 [Δ]: 5% των χυλοθωρακικών συλλογών έχουν επίπεδα τριγλυκεριδίων <50mg/dl
 [E]: Στην ηλεκτροφόρηση λιποπρωτεϊνών ανευρίσκονται χυλομικρά

ΕΡΩΤ. 59: Ασθενής άνδρας 60 ετών εισάγεται στο νοσοκομείο με παρατεινόμενο εμπύρετο. Από την διερεύνηση διαπιστώνεται μη μικροκυτταρικό βρογχογενές καρκίνωμα δεξιού πνεύμονος T2. Στην αξονική αναδεικνύονται παρατραχειακοί λεμφαδένες μεγαλύτεροι του 1,5cm. Ο λοιπός έλεγχος για μεταστάσεις απέβει αρνητικός. Ποιο θεωρείται το επόμενο βήμα για τον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής. Σπινθηρογράφημα με Ga67

- [A]: Σπινθηρογράφημα με Ga67
 [B]: Μαγνητική τομογραφία μεσοθωρακίου
 [Γ]: Σύσταση για ακτινοθεραπεία και επανεκτίμηση
 [Δ]: Σύσταση για χημειοθεραπεία και επανεκτίμηση
 [E]: Μεσοθωρακοσκόπηση

ΕΡΩΤ. 60: Η εφαρμογή εξωτερικής πίεσεως (δύναμης) στην επιφάνεια του θωρακικού τοιχώματος επιφέρει αλλαγές στην λειτουργική υπολειπομένη χωρητικότητα (FRC)

- [A]: Την αυξάνει
 [B]: Την ελαττώνει
 [Γ]: Δεν την επηρεάζει
 [Δ]: Την αυξάνει στην ορθία θέση
 [E]: Την αυξάνει στην κλινοστατική θέση

ΕΡΩΤ. 61: Το πλευριτικό υγρό σε κακοήθη υπεζωκοτική συλλογή σε σχέση με την υπεζωκοτική συλλογή που συνοδεύει το μεσοθηλίωμα έχει

- [A]: μεγαλύτερη τιμή LDH
 [B]: μεγαλύτερη τιμή πρωτεϊνών
 [Γ]: μικρότερη τιμή pH
 [Δ]: μεγαλύτερη τιμή γλυκόζης
 [E]: όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 62: Ποιο από τα παρακάτω ένζυμα δεν αποτελεί εκκαθαριστή ελευθέρων ριζών οξυγόνου

- [A]: Η υπεροξειδική δισμουτάση
- [B]: Η οξειδάση της ανηγμένης γλουταθειόνης
- [Γ]: Η καταλάση
- [Δ]: Η απαμινάση της αδενοσίνης
- [E]: Η τρανσφερρίνη

ΕΡΩΤ. 63: Ποιο από τα παρακάτω φωσφολιπίδια βρίσκεται σε μεγαλύτερη αναλογία στην επιφανειοδραστική ουσία των κυψελίδων

- [A]: Η φωσφατιδυλοχολίνη
- [B]: Η φωσφατιδυλογλυκερίνη
- [Γ]: Η φωσφατιδυλοσερίνη
- [Δ]: Η φωσφατιδυλοϊνοσιτόλη
- [E]: Η σφιγγομυελίνη

ΕΡΩΤ. 64: Ποια από τις παρακάτω ουσίες αποτελεί εκκαθαριστή ελευθέρων ριζών οξυγόνου

- [A]: Η τρανσφερρίνη
- [B]: Η βιταμίνη C
- [Γ]: Το ουρικό οξύ
- [Δ]: Η γλυκόζη
- [E]: Όλες οι παραπάνω

ΕΡΩΤ. 65: Στο αορτικό τρήμα (*aortic hiatus*) ο θωρακικός πόρος (*thoracic duct*) ευρίσκεται

- [A]: Προς τα έσω του οισοφάγου
- [B]: Πίσω από τον οισοφάγο
- [Γ]: Πίσω από την άζυγο φλέβα
- [Δ]: Πλάγια από την άζυγο φλέβα
- [E]: Τίποτα από τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 66: Από τα πιο κάτω η πλέον χρήσιμη εξέταση για την εκτίμηση των ενδοπνευμονικών διαταραχών της ανταλλαγής των αερίων είναι ένα από τα παρακάτω

- [A]: Κατανάλωση O_2 (VO_2)
- [B]: Μερική πίεση O_2 στο μεικτό φλεβικό αίμα (PVO_2)
- [Γ]: Κορεσμός της Hb του αρτηριακού αίματος (SaO_2)
- [Δ]: Κυψελιδοτριχοειδική διαφορά O_2
- [E]: Αρτηριακό PaO_2

ΕΡΩΤ. 67: Σημειώστε ποια από τα κάτωθι είναι λανθασμένο

- [A]: Η φυσιολογική τιμή PO_2 εξαρτάται από την θέση του σώματος
- [B]: Η φυσιολογική τιμή PO_2 εξαρτάται από την ηλικία
- [Γ]: Η φυσιολογική τιμή PCO_2 εξαρτάται από την θέση του σώματος και την ηλικία
- [Δ]: Η κυψελιδοαρτηριακή διαφορά $P(A-a)O_2$ εξαρτάται από την θέση
- [E]: Η κυψελιδοαρτηριακή διαφορά $P(A-a)O_2$ εξαρτάται από την ηλικία

ΕΡΩΤ. 68: Σε καρκίνο pancreas (μη μικροκυτταρικού τύπου) χωρίς επέκταση στη σπονδυλική στήλη και στο μεσοθωράκιο τι θεραπεία θα εφαρμόσετε

- [A]: Χειρουργική αφαίρεση του όγκου
- [B]: Χειρουργική αφαίρεση του όγκου και μεταγχειρητική ακτινοβολία
- [Γ]: Ακτινοβολία και μετά χειρουργική εκτομή του όγκου
- [Δ]: Χειρουργική αφαίρεση του όγκου και χημειοθεραπεία
- [E]: Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων

ΕΡΩΤ. 69: Όταν στον ένα πνεύμονα υπάρχει όγκος διαμέτρου 3cm που οφείλεται σε μικροκυτταρικό καρκίνο και στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου μονήρης μεταστατικός όζος τι θεραπεία θα εφαρμόσετε

- [A]: Χειρουργική αφαίρεση της εγκεφαλικής μετάστασης και χημειοθεραπεία
- [B]: Χειρουργική αφαίρεση της εγκεφαλικής μετάστασης και του πρωτοπαθούς πνευμονικού όγκου
- [Γ]: Χειρουργική αφαίρεση της εγκεφαλικής μετάστασης και του πρωτοπαθούς πνευμονικού όγκου και χημειοθεραπεία
- [Δ]: Ακτινοβολία εγκεφάλου και χημειοθεραπεία
- [E]: Ακτινοβολία εγκεφάλου και χειρουργική αφαίρεση του πρωτοπαθούς πνευμονικού όγκου

ΕΡΩΤ. 70: Ποιο από τα κακοήθη νεοπλασμάτα εκτός του θώρακος είναι το πιο συχνό αίτιο του συνδρόμου της άνω κοίλης φλέβας

- [A]: Καρκίνος θυρεοειδούς
- [B]: Καρκίνος οισοφάγου
- [Γ]: Λέμφωμα
- [Δ]: Καρκίνος μαστού
- [E]: Καρκίνος προστάτου

ΕΡΩΤ. 71: Η χειρουργική θεραπεία βρογχογενούς καρκίνου αντενδείκνυται όταν

- [A]: Υπάρχει προσβολή των ετερόπλευρων πυλαίων λεμφαδένων, των ομόπλευρων ή ετερόπλευρων υπερκλειδίων ή σκαληνών λεμφαδένων N3)
- [B]: Υπάρχουν πολλαπλές εξωπνευμονικές μεταστάσεις
- [Γ]: Ο όγκος συνοδεύεται από υπεζωκοτική συλλογή και η κυτταρολογική εξέταση του υγρού, είναι θετική για κακοήθεια
- [Δ]: Ο ασθενής έχει προβλεπόμενη μετεγχειρητική τιμή του FEV₁ μικρότερη από 850 ml
- [E]: Όλα τα ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 72: Ποια από τις παρακάτω κακοήθειες αποτελεί την συχνότερη αιτία εμφάνισης συνδρόμου άνω κοίλης

- [A]: Επιδερμοειδές βρογχογενές καρκίνωμα
- [B]: Πρωτοπαθές αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα
- [Γ]: Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα
- [Δ]: Μικροκυτταρικό καρκίνωμα πνεύμονα
- [E]: Μεταστατική εντόπιση από κακόθες νεόπλασμα εκτός του βρογχογενούς

ΕΡΩΤ. 73: Στο βρογχογενές καρκίνωμα τα ακόλουθα συνηγορούν για ανεγχείρητο βλάβη

- [A]: Παράλυση ημιδιαφράγματος
- [B]: Περιφερική νευροπάθεια
- [Γ]: Υπερτροφική πνευμονική οστεοαρθροπάθεια

[Δ]: πλευριτική συλλογή
 [E]: Τα A και Δ είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 74: *Η αντιμετώπιση υποτροπιάζουσας κακοήθους νεοπλασματικής συλλογής σε ασθενείς με γνωστό μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα γίνεται ακολούθως*

[A]: Χημειοθεραπεία με δραστικά κυτταροστατικά φάρμακα ενδοφλεβίως
 [B]: Εγχυση κυτταροστατικών φαρμάκων μετά από τοποθέτηση παροχέτευσης του θώρακος
 [Γ]: Τοποθέτηση πλευρο-περιτοναϊκής βαλβίδας
 [Δ]: Ακτινοθεραπεία
 [E]: Οι περιπτώσεις B + Γ

ΕΡΩΤ. 75: *Ποια από το παρακάτω εξωπνευμονικά κακοήθη πρωτοπαθή νεοπλάσματα δίδει συχνότερα ενδοβρογχικές μεταστάσεις*

[A]: Καρκίνος του μαστού
 [B]: Καρκίνος του ορθού
 [Γ]: Καρκίνος του νεφρού
 [Δ]: Σάρκωμα
 [E]: Κακοήθης μελάνωμα

ΕΡΩΤ. 76: *Ασθενής καπνιστής με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας παρουσιάζεται στο ιατρείο με επιδείνωση δύσπνοιας. Στην κλινική εξέταση ανευρίσκεται οίδημα του δεξιού άνω άκρου του τραχήλου και του προσώπου. Παρατηρείται επίσης διάταση των φλεβών του θωρακικού τοιχώματος και υπερκλειδίου λεμφαδένας 2-3 εκατοστών. Η εξέταση των πνευμόνων δεν αποκαλύπτει καινούργια ευρήματα. Η ακτινογραφία θώρακος παρουσιάζει σκίαση στην δεξιά παρατραχειακή και πυλαία χώρα χωρίς μετατόπιση της τραχείας. Η αξονική τομογραφία θώρακος δείχνει τα ίδια ευρήματα και πίεση της άνω κοίλης από την πνευμονική μάζα. Συνιστάται ως πρώτη ενέργεια*

[A]: Επείγουσα έναρξη ακτινοθεραπείας
 [B]: Φλεβογραφία του δεξιού άνω άκρου
 [Γ]: Επείγουσα έναρξη χημειοθεραπείας
 [Δ]: Βιοψία του υπερκλειδίου λεμφαδένα
 [E]: Έλεγχος πνευμονικής λειτουργίας (σπιρομέτρηση)

ΕΡΩΤ. 77: *Ποιο από τα παρακάτω ζεύγη δεν έχει σχέση αιτίου-αποτελέσματος*

[A]: C-μυς ογκογονίδιο-μικροκυτταρικό καρκίνος πνεύμονος
 [B]: Κάπνισμα-επιδερμοειδές καρκίνου πνεύμονος
 [Γ]: Εκθεση σε αμιάντο-μεσοθηλίωμα
 [Δ]: Κάπνισμα-βρογχοκυψελιδικό καρκίνος πνεύμονος
 [E]: Αρσενικό-μη μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονος

ΕΡΩΤ. 78: *Ασθενής ηλικίας 45 ετών που πάσχει από στεφανιαία νόσο (στένωση στελέχους 90%) και διαπιστώνεται ότι πάσχει και από βρογχογενή καρκίνο T2N0M0. Η θεραπεία εκλογής είναι*

[A]: Αορτοστεφανιαία παράκαμψη μόνο
 [B]: Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και εκτομή του όγκου συγχρόνως
 [Γ]: Εκτομή του όγκου μόνο στην πρώτη φάση
 [Δ]: Συντηρητική αντιμετώπιση και των δύο νόσων

[E]: Αορτοστεφανιαία παράκαμψη και στη συνέχεια ακτινοβολία του όγκου

ΕΡΩΤ. 79: *Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε πνευμονεκτομή για βρογχογενές καρκίνωμα*

[A]: Η θνησιμότητα φτάνει το 6,2%

[B]: Η εμφάνιση ρήξης κολοβώματος κυμαίνεται από 3-15%

[Γ]: Οι καρδιολογικές αρρυθμίες (κολπική μαρμαρυγή, έκτακτες κοιλιακές συστολές κολπική ταχυκαρδία), φτάνουν το 30-50%

[Δ]: Όλα τα ανωτέρω

[E]: Το Α και Β

ΕΡΩΤ. 80: *Τα παρακάτω αίτια προσβολής του πνευμονικού παρεγχύματος είναι συχνά σε άτομα με διάφορου τύπου ανοσοκαταστολή. Όλα μπορεί να εμφανιστούν με ογκόμορφη ακτινολογική απεικόνιση. Πιο νομίζετε ότι εμφανίζεται πιο συχνά με αυτή την ακτινολογική μορφή*

[A]: Ακτινομύκης Israeli

[B]: Νοκάρδια asteroides

[Γ]: Κρυπτόκοκκος Neoformans

[Δ]: Μυκοβακτηρίδια φυματίωσης

[E]: Ασπέργιλος Fumigatus

ΕΡΩΤ. 81: *Ασθενής 48 ετών εμφανίζει στην ακτινογραφία του θώρακα σκίαση διαμέτρου 4cm στον αριστερό κάτω λοβό του πνεύμονα. Κατά τη βρογχοσκόπηση διαπιστώνεται εξωφυτική μάζα κατά τον έξω τμηματικό βρόγχο του αριστερού κάτω λοβού. Η βιοψία της μάζας δείχνει επιδερμοειδή καρκίνο. Η υπολογιστική τομογραφία του θώρακα δείχνει σκιάσεις στο μεσοθωράκιο διαμέτρου 1,5-2,0cm. Λεπτομερής παρακλινικός έλεγχος δεν αποκαλύπτει μακρυσμένες μεταστάσεις. Η αντιμετώπιση του αρρώστου πρέπει να είναι η ακόλουθη*

[A]: Άμεση διένεργεια θωρακοτομής με σκοπό την εκτομή του όγκου και συγχρόνως τη διερεύνηση του μεσοθωρακίου για τυχόν ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων

[B]: Ακτινοθεραπεία και εν συνεχεία θωρακοτομή

[Γ]: Άμεση διένεργεια μεσοθωρακοσκόπησης. Η περαιτέρω αντιμετώπιση του αρρώστου θα εξαρτηθεί από τα ευρήματα της μεσοθωρακοσκόπησης

[Δ]: Χημειοθεραπεία και εν συνεχεία χειρουργική εκτομή του όγκου

[E]: Συνδυασμός χημειοθεραπειάς και ακτινοθεραπειάς. Η εγχείρηση αντενδείκνυται

ΕΡΩΤ. 82: *Ο ασθενής με όγκο Pancoast που υποβάλλεται σε χειρουργική θεραπεία έχει κακή πρόγνωση όταν*

[A]: Ο όγκος διηθεί το σώμα ενός ή περισσότερων σπονδύλων

[B]: Υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων του σύστοιχου μεσοθωρακίου διαπιστωμένη ιστολογικά

[Γ]: Υπάρχει διήθηση πρώτης και δεύτερης πλευράς που φαίνεται στην απλή ακτινογραφία του θώρακα

[Δ]: Ο όγκος συνοδεύεται από σύνδρομο Horner

[E]: Η Α και Β

ΕΡΩΤ. 83: *Η χειρουργική θεραπεία του βρογχογενούς καρκίνου που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα (T3) αντενδείκνυται όταν*

[A]: Ο όγκος διηθεί πάνω από 2 πλευρές

[B]: Ο όγκος συνοδεύεται από διεύρυνση του μεσοθωρακίου που φαίνεται στην απλή ακτινογραφία του θώ-

ρακα και οφείλεται σε N2 νόσο

- [Γ]: Όταν συνοδεύεται από αιματηρή υπεζωκοτική συλλογή που η κυτταρολογική εξέταση του υγρού είναι θετική για κακοήθεια
 [Δ]: Ο όγκος διηθεί τους μεσοπλεύριους μύες
 [Ε]: Η Β και η Γ

ΕΡΩΤ. 84: Το βασικότερο φάρμακο σε συνδυασμένη χημειοθεραπεία μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα είναι ένα από τα παρακάτω

- [Α]: Vinblastine
 [Β]: Etoposide
 [Γ]: Cis-platinum
 [Δ]: Ifosfamide
 [Ε]: Adriamycin

ΕΡΩΤ. 85: Ποιο από τα παρακάτω δεν είναι σωστό

- [Α]: Η υπερτροφική πνευμονική οστεοαρθροπάθεια συνοδεύει κυρίως το αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονος
 [Β]: Παρανεοπλασματική υπερασβεστιαμία σημειώνεται κυρίως σε ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος
 [Γ]: Το μυασθενικό σύνδρομο (Eaton-Lambert) συνδυάζεται σχεδόν αποκλειστικά με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονος
 [Δ]: Το σύνδρομο Rapcoast οφείλεται συχνότερα σε πλακώδες καρκίνωμα πνεύμονος
 [Ε]: Παρανεοπλασματικές διαταραχές της πήκτικότητας συνοδεύουν κυρίως το αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονος

ΕΡΩΤ. 86: Ποια από τις παρακάτω ουσίες θεωρείται αποδεκτή σαν δείκτης όγκου (tumor marker) στον μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα

- [Α]: Καρκινοεμβρικό αντιγόνο
 [Β]: Κρεατινοκινάση ΒΒ
 [Γ]: Μπομπεσίνη C
 [Δ]: Ειδική ενολάση του νευρώνας
 [Ε]: Καλσιτονίνη

ΕΡΩΤ. 87: Σε ποια ομάδα λεμφαδένων μεσοθωρακίου μεθίσταται συχνότερα βρογχογενές καρκίνωμα του δεξιού άνω λοβού

- [Α]: Ετερόπλευρους παρατραχειακούς
 [Β]: Ομόπλευρους παρατραχειακούς
 [Γ]: Αορτοπνευμονικού παραθύρου
 [Δ]: Παραοισοφαγικούς
 [Ε]: Κανένα εκ των ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 88: Σε ασθενείς με γνωστή ή υποψία HIV λοιμώξεως το όριο για μια θετική δερματική φυματινοαντίδραση είναι τα

- [Α]: 0mm
 [Β]: 3mm
 [Γ]: 5mm
 [Δ]: 10mm
 [Ε]: 15mm

ΕΡΩΤ. 89: Ομάδες αυξημένου κινδύνου για φυματίωση είναι όλες οι παρακάτω εκτός από

- [A]: Άτομα με HIV λοίμωξη και PPD μεγαλύτερη ή ίση με 5mm
- [B]: Κλειστή επαφή με άτομα με προσφάτως διαγνωθείσα ενεργό φυματίωση
- [Γ]: Πρόσφατη μετατροπή της φυματινοαντιδράσεως Mantoux
- [Δ]: Τοξικομανείς που κάνουν χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών με θετική Mantoux, αλλά χωρίς HIV λοίμωξη
- [Ε]: Άτομα με PPD μεγαλύτερη ή ίση 5mm και αρνητική ακτινογραφία θώρακος

ΕΡΩΤ. 90: Βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά της άτυπης πνευμονίας είναι

- [A]: βλεννώδη πτύελα
- [B]: ελάχιστα φυσικά ευρήματα
- [Γ]: φυσιολογικός αριθμός λευκοκυττάρων
- [Δ]: όλα τα παραπάνω
- [Ε]: κανένα από τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 91: Πως θα ενεργήσετε, εάν κατά την διάρκεια θεραπείας TBC λεμφαδενίτιδος παρουσιαστεί διόγκωση των ήδη διογκωμένων λεμφαδένων ή άλλων, ετεροπλεύρη ή αμφοτερόπλευρη

- [A]: Χορήγηση νέου θεραπευτικού σχήματος
- [B]: Χορήγηση του υπάρχοντος και προσθήκη κορτιζόνης
- [Γ]: Χορήγηση του υπάρχοντος και προσθήκη δύο νέων φαρμάκων
- [Δ]: Συνέχιση του ήδη υπάρχοντος
- [Ε]: Διακοπή του σχήματος-Αφαίρεση λεμφαδένων και αναμονή αποτελεσμάτων (ιστοκαλλιέργεια-ιστολογική)

ΕΡΩΤ. 92: Η παραπνευμονική συλλογή είναι πιο συχνή σε πνευμονία από

- [A]: Μυκόπλασμα πνευμονίας
- [B]: Gram+ κόκκους
- [Γ]: Gram- κόκκους
- [Δ]: Αναερόβια η πνευμονία εξ εισροφήσεως
- [Ε]: Πνευμονία από ιούς

ΕΡΩΤ. 93: Στην κεγχροειδή φυματίωση

- [A]: Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να είναι φυσιολογική
- [B]: Αρνητική δοκιμασία φυματίνης αποκλείει την διάγνωση
- [Γ]: Πιθανόν να συνυπάρχει υποκαλιαιμία
- [Δ]: Οι ασθενείς πιθανόν να μην παρουσιάζουν άλλη συμπτωματολογία εκτός από χαμηλό πυρετό.
- [Ε]: Τα Α, Γ, Δ είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 94: Ποιες από τις παρακάτω πνευμονικές παθήσεις προκαλούν κοιλότητες στον πνεύμονα

- [A]: Κοκκιοειδομύκωση
- [B]: Ασπεργίλλωση
- [Γ]: Ιστιοπλάσμωση
- [Δ]: Βλαστομύκωση
- [Ε]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 95: Ποιο από τα κατωτέρω κλινικοεργαστηριακά ευρήματα είναι πιο ισχυρό για την διάγνωση πνευμονίας από μυκόπλασμα

- [A]: Ψυχροσυγκολλητίνες εναντίον των ερυθρών
- [B]: Φυσαλιδώδης τυμπανίτις (φλεγμονή τυμπάνου)
- [Γ]: Βλεννώδης απόχρεμψη απουσία πυοσφαιρίων
- [Δ]: Διάχυτοι μουσικοί ρόγχοι
- [Ε]: Αμφοτερόπλευρες κυψελιδικές ανομοιογενείς διηθήσεις, στην ακτινογραφία θώρακος

ΕΡΩΤ. 96: Ποιο από τα παρακάτω προκαλεί διάμεση πνευμονίτιδα σε ασθενείς με μεταμόσχευση μυελού των οστών

- [A]: Κυτταρομεγαλοϊός (CMV)
- [B]: Pneumocystis carinii
- [Γ]: Απλός ιός του έρπητος
- [Δ]: Τα Α και Β και Γ είναι σωστά
- [Ε]: Τα Α και Β είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 97: Ποιο από τα κάτωθι είναι το λιγότερο συχνό αίτιο πνευμονικού αποστήματος

- [A]: Σταφυλόκοκκος χρυσίζων
- [B]: Λοίμωξη από αναερόβια
- [Γ]: Πνευμονιόκοκκος
- [Δ]: Κλεμπσιέλλα της πνευμονίας
- [Ε]: Ψευδομονάδα aeruginosa

ΕΡΩΤ. 98: Ποιος μικροοργανισμός από τους κάτωθι αν απομονωθεί στο υλικό της βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης δεν είναι ειδικός για την διάγνωση της πνευμονίας

- [A]: Πνευμονοκύστη Carinii
- [B]: Τοξόπλασμα
- [Γ]: Μυκόπλασμα της πνευμονίας
- [Δ]: Ο ιός της ινφλουέντζας
- [Ε]: Ο ιός του απλού έρπητος

ΕΡΩΤ. 99: Η "δίκην γαλακτοχρόου υάλου" (ground glass) απεικόνιση του πνεύμονος σχετίζεται με

- [A]: Ενεργό πνευμονική εξεργασία
- [B]: Διάχυτη "δίκην μελικηρύθρας" (honeycombing) βλάβη
- [Γ]: Βρογχεκτασία
- [Δ]: Λεμφαγγειομυομάτωση
- [Ε]: Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

ΕΡΩΤ. 100: Συνύπαρξη υπεζωκοτικής συλλογής και διάχυτης διάμεσης πνευμονοπάθειας είναι συμβατή με

- [A]: σαρκοειδωση
- [B]: πυριτίαση
- [Γ]: αμιάντωση
- [Δ]: πνευμονική εμβολή
- [Ε]: νόσο του κολλαγόνου

ΕΡΩΤ. 101: *Στις βάσεις των πνευμόνων εντοπίζονται συνήθως*

- [A]: η σαρκοείδωση
- [B]: η βηρυλλίωση
- [Γ]: η ιστιοκύτωση Χ
- [Δ]: η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση
- [Ε]: η χρόνια πνευμονίτις εξ υπερευαισθησίας

ΕΡΩΤ. 102: *Η ενδοβρογχική βιοψία στη σαρκοείδωση μπορεί να δείξει κοκκιώματα με*

- [A]: Φυσιολογική εμφάνιση βρόγχων
- [B]: Ακτινογραφία τύπου Ο
- [Γ]: Ακτινογραφία τύπου ΙΙΙ
- [Δ]: Ακτινογραφία τύπου ΙΙ-Ι
- [Ε]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 103: *Ασθενείς με σαρκοείδωση εμφανίζουν όλα τα παρακάτω ανοσολογικά γνωρίσματα εκτός από*

- [A]: Τα κυψελιδικά μακροφάγα έχουν αυξημένη ικανότητα στο να διεγείρουν τα Τ-κύτταρα
- [B]: Αυξημένο αριθμό CD4 στις κυψελίδες
- [Γ]: Παραγωγή IL-2 και γάμμα ιντερφερόνης στους πνεύμονες
- [Δ]: Δημιουργία κοκκιωματώδους αντιδράσεως στο πνευμονικό παρέγχυμα
- [Ε]: Μονίμως μεταμορφωμένα Τ κύτταρα τα οποία διατηρούν τις διεγερμένες ιδιότητές τους επ'άοριστον

ΕΡΩΤ. 104: *Η κυψελιδική πρωτεΐνωση είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση κοκκιδώδους υλικού με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και λιπίδια, πιθανώς προερχόμενο από τα πνευμοκύτταρα τύπου ΙΙ. Η νόσος μπορεί να είναι θανατηφόρος λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας ή συνεπεία λοιμώξεων στις οποίες προδιαθέτει. Ποιες από τις κατωτέρω είναι οι συνηθέστερες λοιμώξεις που απαντούνται σ'αυτούς τους ασθενείς*

- [A]: Ιογενείς λοιμώξεις περιλαμβανομένου και του ιού του AIDS
- [B]: Nocardia sp, Μύκητες, φυματίωση
- [Γ]: Πνευμονιόκοκκος λόγω συνυπάρχουσας υπογαμμασφαιραιμίας
- [Δ]: Ψευδομονάδα
- [Ε]: Άλλοι gram-μικροοργανισμοί

ΕΡΩΤ. 105: *Το ποσοστό εμφάνισης αποφρακτικών απνοιών άνω των 5 ανά ώρα ύπνου σε τυχαίο δείγμα ηλικίας 30-60 ετών είναι το παρακάτω*

- [A]: 2% των ανδρών και 1% των γυναικών
- [B]: 5% των ανδρών και 10% των γυναικών
- [Γ]: 10-24% των ανδρών και 6-9% των γυναικών
- [Δ]: 50% των ανδρών και 10-20% των γυναικών
- [Ε]: Κανένα από τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 106: *Όλα τα παρακάτω είναι ορθά σχετικά με την ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (ΙΠΙ) εκτός από*

- [A]: Χαρακτηριστικό ακροαστικό εύρημα είναι οι λεπτοί τελοεισπνευστικοί μη μουσικοί ρόγχοι (velcro rales)
- [B]: Οι συνηθέστερες κολλαγονώσεις οι οποίες σχετίζονται με ΙΠΙ είναι η ρευματώδης αρθρίτις και η σκληροδερμία

- [Γ]: Η ΙΠΙ προδιαθέτει σε ανάπτυξη βρογχογενούς καρκίνου
 [Δ]: Η παρουσία αποφρακτικού λειτουργικού συνδρόμου αποκλείει την παρουσία ΙΠΙ
 [Ε]: Η βρογχοκυψελιδική έκπλυση (BAL) στις περισσότερες ΙΠΙ είναι διαγνωστική

ΕΡΩΤ. 107: *Ασθενής παρουσιάζεται στο γιατρό του παραπονούμενος για προοδευτική επιδείνωση της δύσπνοιας του. Στην ακτινογραφία θώρακος απεικονίζονται διάχυτες, διαμέσου τύπου βλάβες κυρίως στις βάσεις. Στην ανοικτή βιοψία πνεύμονος βρέθηκε ίνωση μετρίου βαθμού. Στο λειτουργικό έλεγχο του πνεύμονος είναι πολύ πιθανόν να ευρεθούν όλα τα παρακάτω εκτός από*

- [Α]: Μείωση της διάχυτης ικανότητας του CO (DLCO)
 [Β]: Μείωση της TLC και του RV
 [Γ]: Μείωση της ενδοτικότητας (compliance) του πνεύμονα
 [Δ]: Αύξηση της κυψελιδοαρτηριακής διαφοράς οξυγόνου στην ηρεμία
 [Ε]: Αύξηση κατά 20mmHg της PaO₂ μετά από άσκηση

ΕΡΩΤ. 108: *Πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί στην πνευμονία εξ υπεραισθησίας είναι όλοι οι παρακάτω εκτός από ένα*

- [Α]: Δυνατόν να απαιτείται η ενεργοποίηση των T κυττάρων
 [Β]: Δυνατόν να απαιτείται η ενεργοποίηση των B κυττάρων
 [Γ]: Μπορεί να συνοδεύονται από ενεργοποίηση των T-κυτταρολυτικών κυττάρων στον πνεύμονα
 [Δ]: Απόλυτος επιστράτευση κυττάρων για παραγωγή IL-8
 [Ε]: Μπορεί να ενέχεται η κατά προτίμηση ενεργοποίηση των Th-2 κυττάρων

ΕΡΩΤ. 109: *Σε όλα τα παρακάτω νοσήματα έχει αναφερθεί ανάπτυξη ασπεργιλλώματος εκτός από ένα*

- [Α]: Σαρκοείδωση
 [Β]: Φυματίωση πνεύμονος
 [Γ]: Νεκρωτική πνευμονία
 [Δ]: Ηωσινοφιλική πνευμονία
 [Ε]: Καρκίνος πνεύμονος

ΕΡΩΤ. 110: *Ποια από τις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν τις βρογχεκτασίες σε ασθενείς με κυστική ίνωση είναι η σωστή*

- [Α]: Είναι συγγενείς
 [Β]: Είναι εντοπισμένες
 [Γ]: Είναι αποτέλεσμα συνεχών λοιμώξεων του αναπνευστικού
 [Δ]: Είναι διάχυτες
 [Ε]: Γ και Δ

ΕΡΩΤ. 111: *Ποιο από τα παρακάτω κυτταροστατικά δεν αναφέρεται ότι προκαλεί πνευμονική ίνωση*

- [Α]: Μπλεομυκίνη
 [Β]: Μεθοτρεξάτη
 [Γ]: Κυκλοφωσφαλίδη
 [Δ]: Cis-πλατίνη
 [Ε]: Τενιποσίδη

ΕΡΩΤ. 112: Στην σαρκοείδωση στους πνεύμονες

- [A]: Η αύξηση των λεμφοκυττάρων στο υγρό της Β.Κ.Ε. (βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης) πάνω από 28% αποτελεί ένδειξη έναρξης κορτικοθεραπείας
- [B]: Το παθολογικό gallium citrate 67 σπινθηρογράφημα πνευμόνων σηματοδοτεί ένδειξη έναρξης κορτικοθεραπείας
- [Γ]: Η αύξηση του μετατρεπτικών ενζύμων της αγγειοτενσίνης στον ορό του αίματος σηματοδοτεί ένδειξη έναρξης κορτικοθεραπείας
- [Δ]: Όλα τα παραπάνω είναι δείκτες δραστηριότητας της νόσου, αλλά όχι και ένδειξη έναρξης κορτικοθεραπείας
- [Ε]: Τίποτα από τα παραπάνω δεν είναι σωστό

ΕΡΩΤ. 113: Η σαρκοείδωση σχετίζεται με

- [A]: Περιοριστικό σύνδρομο
- [B]: Αποφρακτικό σύνδρομο
- [Γ]: Μειωμένη διάχυση
- [Δ]: Βρογχική υπεραντιδραστικότητα
- [Ε]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 114: Για την κλινική χρήση της βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης, ποιος όγκος εκπλύματος είναι κατάλληλος

- [A]: <100ml
- [B]: 100-150 ml
- [Γ]: 250ml
- [Δ]: 500ml
- [Ε]: 1000ml

ΕΡΩΤ. 115: Στις επιπλοκές διενέργειας βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης περιλαμβάνονται όλες οι παρακάτω εκτός από

- [A]: Παροδική μείωση της πνευμονικής λειτουργίας
- [B]: Πυρετός
- [Γ]: Σοβαρή αιμόπτυση
- [Δ]: Ρίγος
- [Ε]: Κυψελιδικές διηθήσεις

ΕΡΩΤ. 116: Η συνήθης θέση διενέργειας βρογχοκυψελιδικής εκπλύσεως (BAL) στις διάχυτες διάμεσες πνευμονοπάθειες

- [A]: Ο δεξιός άνω λοβός
- [B]: Ο δεξιός μέσος λοβός
- [Γ]: Ο δεξιός κάτω λοβός
- [Δ]: Ο αριστερός άνω λοβός
- [Ε]: Ο αριστερός κάτω λοβός

ΕΡΩΤ. 117: Η συνολική διαγνωστική απόδοση του BAL στην διάγνωση του καρκίνου πνεύμονος είναι

- [A]: 10%
- [B]: 50%
- [Γ]: 80%
- [Δ]: 100%
- [Ε]: 0%

ΕΡΩΤ. 118: *Η σπιρομέτρηση πρέπει να αναβάλεται όταν ο ασθενής*

- [A]: πάσχει από λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος
- [B]: πάσχει από έμφραγμα του μυοκαρδίου
- [Γ]: έχει καπνίσει λίγο πριν την εξέταση
- [Δ]: έχει φάει ένα βαρύ γεύμα την τελευταία ώρα πριν την εξέταση
- [E]: όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 119: *Επανάληψη της σπιρομέτρησης κατά τη δοκιμασία πρόκλησης μπορεί να γίνει μετά από την εισπνοή ισταμίνης ή μεταχολίνης σε*

- [A]: 1 λεπτό
- [B]: 5 λεπτά
- [Γ]: 30 λεπτά
- [Δ]: 1 ώρα
- [E]: 2 ώρες

ΕΡΩΤ. 120: *Για ασθενή σε μηχανική αναπνοή ποια σχέση I/E έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στην καρδιακή παροχή*

- [A]: 1:2
- [B]: 1:4
- [Γ]: 2:3
- [Δ]: 2:1
- [E]: 2:4

ΕΡΩΤ. 121: *Η πλήρης αποκατάσταση των τιμών αερίων αίματος και της οξεοβασικής ισορροπίας στο νεογνό μετά τη γέννηση γίνεται στο τέλος του*

- [A]: πρώτου 24ωρου
- [B]: Δεύτερου 24ωρου
- [Γ]: Πρώτου μήνα
- [Δ]: Δεύτερου μήνα
- [E]: Τρίτου 24ώρου

ΕΡΩΤ. 122: *Το ενδογενές άσθμα χαρακτηρίζεται από*

- [A]: έκζεμα, πυρετό εκ χόρτου
- [B]: θετικές δερματικές δοκιμασίες υπερευαισθησίας
- [Γ]: οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας
- [Δ]: ρινικούς πολύποδες
- [E]: συριγμό μόνο, χωρίς βήχα και δύσπνοια

ΕΡΩΤ. 123: *Τα συχνότερα ευρήματα στην πνευμονική εμβολή είναι*

- [A]: βήχας-αιμόπτυση
- [B]: κυάνωση-εφίδρωση
- [Γ]: ταχύπνοια-δύσπνοια
- [Δ]: φόβος-ανακοπή
- [E]: φλεβίτιδα-οίδημα κάτω άκρων

ΕΡΩΤ. 124: *Η αιτία της χρονίας θρομβοεμβολικής πνευμονικής υπέρτασης είναι*

- [A]: Πολλαπλές μικρές πνευμονικές εμβολές
- [B]: Πρόσφατη εμβολή μεγάλου κλάδου της πνευμονικής

[Γ]: Εμβολή μεγάλου κλάδου της πνευμονικής που έγινε πριν 5-10 χρόνια και δεν διαγνώσθηκε-δεν χορηγήθηκε θεραπεία.

[Δ]: Κολλαγονικό συστηματικό νόσημα

ΕΡΩΤ. 125: Ποιος μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την μείωση της ροής, λόγω απόφραξης στους μικρούς αεραγωγούς

[A]: Απώλεια των σπληνικών κυψελιδικών προσφύσεων των αεραγωγών

[B]: Απώλεια της ελαστικότητας του πνευμονικού παρεγχύματος

[Γ]: Φλεγμονή των αεραγωγών

[Δ]: Απώλεια των προσφύσεων των αεραγωγών

[E]: Άλλος μηχανισμός

ΕΡΩΤ. 126: Στη χρόνια βρογχίτιδα (χρόνια αποφρακτική βρογχίτιδα) σχετικά με την διαταστικότητα αληθεύει:

[A]: Η δυναμική είναι ελαττωμένη και η στατική αυξημένη

[B]: Η δυναμική ελαττωμένη και η στατική φυσιολογική

[Γ]: Η στατική και η δυναμική φυσιολογικές

[Δ]: Η στατική

είναι ελαττωμένη και η δυναμική αυξημένη

[E]: Κανένα από τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 127: Η πλευριτική συλλογή σε άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο

[A]: Οφείλεται πάντα σε πρωτοπαθή προσβολή του υπεζωκότα

[B]: Οφείλεται σε καρδιακή ανεπάρκεια

[Γ]: Οφείλεται πάντα σε νεφρίτιδα

[Δ]: Όταν οφείλεται σε πρωτοπαθή προσβολή του υπεζωκότα είναι επώδυνη

[E]: Είναι χαρακτηριστικό της οξείας πνευμονίτιδας του λύκου

ΕΡΩΤ. 128: Η πλευροπνευμονική νόσος στην Ρευματοειδή αρθρίτιδα

[A]: Είναι περισσότερο πιθανή όταν τα κύτταρα λύκου είναι θετικά

[B]: Προκύπτει σαν αποτέλεσμα διαταραχής της κυτταρικής ανοσίας

[Γ]: Οφείλεται σε πνευμονική ίνωση με ειδικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις

[Δ]: Διαγιγνώσκεται με ανεύρεση υψηλών τίτλων RF στο πλευριτικό υγρό

[E]: Οφείλεται κυρίως σε αγγειίτιδα

ΕΡΩΤ. 129: Ποια είναι η εξέταση που θα διαφοροδιαγνώσει το σύνδρομο Goodpasture από την ιδιοπαθή πνευμονική αιμοσιδήρωση

[A]: Ανοικτή βιοψία πνεύμονος

[B]: Διαβρογχική βιοψία πνεύμονος

[Γ]: Βιοψία νεφρού δια βελόνης

[Δ]: Έλεγχος για κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα

[E]: Α και Γ

ΕΡΩΤ. 130: Στο σύνδρομο Carlan

[A]: Τα πνευμονικά οζίδια είναι όμοια με τα υποδόρια

- [B]: Τα πνευμονικά οζίδια περιβάλλονται από μακροφάγα που περιέχουν τεμαχίδια κόνης άνθρακα
 [Γ]: Τα οζίδια είναι μονήρη
 [Δ]: Τα οζίδια είναι πολλαπλά
 [E]: Υπάρχει συσχέτιση της σοβαρότητας της αρθρίτιδας και της εμφάνισης των όζων

ΕΡΩΤ. 131: Δείκτης Reid είναι

- [A]: Η σχέση του πάχους της στιβάδας των υποβλεννογονίων αδένων προς το ολικό πάχος του τοιχώματος του βρόγχου
 [B]: Η σχέση του πάχους της στιβάδας των υποβλεννογονίων αδένων προς τον υποβλεννογόνο χιτώνα των βρόγχων
 [Γ]: Η σχέση του πάχους του υποβλεννογονίου χιτώνα προς τον μυϊκό χιτώνα του βρόγχου
 [Δ]: $H \alpha + \beta$
 [E]: Όλες οι παραπάνω

ΕΡΩΤ. 132: Η σημαντική μείωση της διαχυτικής ικανότητας που παρατηρείται στο εμφύσημα οφείλεται στην

- [A]: Καταστροφή του τοιχώματος των κυψελίδων
 [B]: Μείωση της αγγειακής κοίτης, λόγω καταστροφής της
 [Γ]: Διαταραχή αερισμού
 [Δ]: Καταστροφή του τοιχώματος των κυψελίδων και μείωση της κυψελιδικής επιφάνειας—
 [E]: $\alpha + \beta$

ΕΡΩΤ. 133: Τα θεραπευτικά κριτήρια για τη χρήση δακτυλίτιδας στη χρόνια πνευμονική καρδιά είναι

- [A]: Όταν συνυπάρχουν κολπική μαρμαρυγή υψηλής συχνότητας
 [B]: Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια
 [Γ]: Εκτακτες κοιλιακές συστολές
 [Δ]: Νεφρική ανεπάρκεια
 [E]: $\alpha + \beta$

ΕΡΩΤ. 134: Ποια τα ακροαστικά ευρήματα στο ροδόχρου-δυσπνοϊκό (PINK PUFFER) τύπο του πνευμονικού εμφυσήματος; (ιδίως σε βιαία εισπνοή-εκπνοή)

- [A]: Εισπνευστικοί συρίττοντες ρόγχοι
 [B]: Εκπνευστικοί συρίττοντες ρόγχοι
 [Γ]: Εισπνευστικός συριγμός στην τραχεία
 [Δ]: Εκπνευστικός συριγμός στην τραχεία
 [E]: Τραχύτητα του αναπνευστικού ψιθυρίσματος

ΕΡΩΤ. 135: Στη τύπου I αναπνευστική ανεπάρκεια

- [A]: Υπάρχει έντονος κυψελιδικός υποαερισμός
 [B]: Υπάρχει έντονη διαταραχή αερισμού αιμάτωσης (V/Q)
 [Γ]: Η μετά από προσεκτικό έλεγχο οξυγονοθεραπεία είναι απαραίτητη
 [Δ]: Κυάνωση παρατηρείται πρωιμότερα από τον τύπου II αναπνευστική ανεπάρκεια
 [E]: Διεγερτικά φάρμακα του κέντρου της αναπνοής είναι χρήσιμα στην θεραπεία

ΕΡΩΤ. 136: Ποιο από τα ακόλουθα που αφορούν το άσθμα είναι σωστά

[Α]: Η νόσος πάντα αρχίζει πριν από την ηλικία των 65 ετών

[Β]: Η αύξηση του FEV₁>20% εντός 20 λεπτών από την χορήγηση Β2 διεγερτών αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο

[Γ]: Η βραδυνή PEFR είναι συνήθως χαμηλότερη της πρωινής

[Δ]: Η κυάνωση είναι συχνό εύρημα στις οξείες προσβολές

[Ε]: Κανένα από τα ως άνω

ΕΡΩΤ. 137: Η χορήγηση σε ασθενή οξυγόνου 100% με πίεση μια Αtm είναι ασφαλής για χρονικό διάστημα

[Α]: 24 ωρών

[Β]: 24-72 ωρών

[Γ]: 72 ωρών

[Δ]: 7 ημερών

[Ε]: 1 μηνός

ΕΡΩΤ. 138: Η έκθεση ανθρώπου σε μεγάλη συγκέντρωση οξυγόνου προκαλεί

[Α]: Ατελεκτασία από απορρόφηση

[Β]: Οξεία τραχειοβρογχίτιδα

[Γ]: Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικα

[Δ]: Βρογχοπνευμονική δυσπλασία

[Ε]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 139: Το στόμιο του τραχειακού βρόγχου εντοπίζεται στο

[Α]: Διάμεσο βρόγχο

[Β]: Δεξιό πλάγιο τοίχωμα της τραχείας

[Γ]: Δεξιό στελεχιαίο βρόγχο

[Δ]: Κάτω από το ύψος της τρόπιδας της τραχείας

[Ε]: Στον αριστερό στελεχιαίο βρόγχο

ΕΡΩΤ. 140: Ποιος είναι ο χρόνος που θα πρέπει να γίνει τραχειοστομία σε έναν διασωληνωμένο ασθενή

[Α]: Μετά 1 εβδομάδα

[Β]: Μετά 7-10 ημέρες

[Γ]: Μετά 15-20 ημέρες

[Δ]: Μετά 3 εβδομάδες

[Ε]: Μετά 4 εβδομάδες

ΕΡΩΤ. 141: Ποιο από τα παρακάτω είναι αληθές για την εμβολή με αμνιακό υγρό

[Α]: Συμβαίνει πιο συχνά στις πρωτότοκες

[Β]: Συμβαίνει πιο συχνά σε πρόωρο τοκετό

[Γ]: Σε ποσοστό πάνω από 50% συνοδεύεται από διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη

[Δ]: Η χορήγηση μητροσυσπαστικών προφυλάσσει

[Ε]: Μπορεί να εκδηλωθεί 1 μήνα μετά τον τοκετό

ΕΡΩΤ. 142: Το σύνδρομο MacLeod's αποδίδεται σε

- [Α]: Συγγενή έλλειψη των μυών του θωρακικού τοιχώματος
- [Β]: Απόφραξη του αγγειακού πνευμονικού δικτύου από έμβολο
- [Γ]: Συμπύεση των πνευμονικών αρτηριών από αδένες
- [Δ]: Μειωμένη αγγείωση του πάσχοντα πνεύμονα
- [Ε]: Συγγενείς ανωμαλίες

ΕΡΩΤ. 143: Η πιο συχνή ακτινολογική απεικόνιση της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας είναι

- [Α]: Λοβώδης πνευμονία
- [Β]: Αμφοτερόπλευρες κυψελιδικές διηθήσεις
- [Γ]: Ανομοιογενής πύκνωση ενός λοβού
- [Δ]: Πνευμονία (πύκνωση) με πλευριτική συλλογή
- [Ε]: Αμφοτερόπλευρες διαμέσου τύπου σκιάσεις

ΕΡΩΤ. 144: Στη φυσιολογική οπισθοπρόσθια Ακτινογραφία θώρακος

- [Α]: Ο αριστερός κάτω λοβός είναι συνήθως υψηλότερα από τον δεξιό
- [Β]: Οι φυσιολογικές σκιάσεις των πυλών προέρχονται από τον λεμφικό ιστό
- [Γ]: Η δεξιά πύλη είναι υψηλότερη από την αριστερά
- [Δ]: Απώλεια της σαφήνειας της αριστερής καρδιακής παρυφής (σημείο σιλουέτας) συνηγορεί για εξεργασία στον κάτω λοβό
- [Ε]: Το κατώτερο τμήμα της τραχείας παρεκκλίνει ελαφρώς προς τα δεξιά

ΕΡΩΤ. 145: Ποιο ή ποια είναι τα πιο συχνά αρχικά συμπτώματα σε ασθενείς που έχουν βρογχογενή καρκίνο. Ποια απάντηση είναι σωστή

- [Α]: Πυρετός
- [Β]: Δύσπνοια
- [Γ]: Βήχας
- [Δ]: Θωρακικός πόνος
- [Ε]: Κανένα εκ των ανωτέρω

ΕΡΩΤ. 146: Μετεγχειρητικός ασθενής παρουσιάζει πνευμονική εμβολή διαπιστωμένη με αγγειογραφία. Ο δείκτης του Muller υπολογίστηκε στο 50%. Ποια από τις παρακάτω εκδοχές είναι λανθασμένη σε ότι αφορά η μερική πίεση οξυγόνου (PaO_2)

- [Α]: Η PaO_2 μπορεί να είναι μερικές φορές φυσιολογική
- [Β]: Η PaO_2 εξαρτάται από τη σχέση αερισμού αιμάτωσης των περιοχών που εξακολουθούν να αιματώνονται
- [Γ]: Η PaO_2 μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα προς τον δείκτη του Muller
- [Δ]: Η τιμή της PaO_2 εξαρτάται από προϋπάρχουσες βλάβες του μυοκαρδίου και της πνευμονικής κυκλοφορίας
- [Ε]: Η πτώση της PaO_2 συνδυάζεται με πτώση της $PaCO_2$

ΕΡΩΤ. 147: Ποιοι μυς δεν συμμετέχουν στην προσπάθεια αύξησης του αερισμού μετά από μέτριο βαθμού άσκηση

- [Α]: Διάφραγμα
- [Β]: Μεσοπλεύριοι εισπνευστικοί
- [Γ]: Κοιλιακοί εκπνευστικοί
- [Δ]: Στερνοκλειδομαστοειδείς
- [Ε]: Μεσοπλεύριοι εκπνευστικοί

ΕΡΩΤ. 148: *Ασθενής καπνιστής, 50 ετών παρουσιάζεται στο γιατρό παραπονούμενος ότι έχει πτώση του δεξιού βλεφάρου. Η ακτινογραφία θώρακος δείχνει μάζα στον δεξιό πνεύμονα. Ποια είναι η πιθανότερη βιοχημική ανωμαλία από τις αναφερόμενες παρακάτω που μπορεί να παρουσιάζει αυτός ο ασθενής*

- [A]: Υπονατρίαζια
- [B]: Υποκαλιαιμία
- [Γ]: Υπερασβεστιαζια
- [Δ]: Υπερνατρίαζια
- [E]: Μεταβολική αλκάλωση

ΕΡΩΤ. 149: *Ποια από τις παρακάτω συνθήκες αποτελεί αντένδειξη στη χειρουργική αφαίρεση μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος*

- [A]: Διήθηση του θωρακικού τοιχώματος
- [B]: Παράλυση φωνητικής χορδής
- [Γ]: Εμφραγμα του μυοκαρδίου προ εξαμήνου
- [Δ]: Υπερασβεστιαζια
- [E]: $\text{PaCO}_2 > 42 \text{ mmHg}$

ΕΡΩΤ. 150: *Όταν χρησιμοποιείται μια δοσιμετρική συσκευή εισπνοής (MDI) χωρίς επεκτατικό χώρο, το μεγαλύτερο μέρος του νεφελώματος*

- [A]: Εναποτίθεται στους αεραγωγούς του κατώτερου αναπνευστικού
- [B]: Εναποτίθεται στο στόμιο της συσκευής
- [Γ]: Ενοσφηνώνεται στον στοματοφάρυγγα
- [Δ]: Εναποτίθενται στο πνευμονικό παρέγχυμα
- [E]: Εκπνέεται από τον ασθενή

ΕΡΩΤ. 151: *Η συνήθης πορεία της πνευμονικής νόσου από ταχέως αναπτυσσόμενα μυκοβακτηρίδια (rapidly growing mycobacteria) χωρίς εφαρμογή θεραπείας είναι*

- [A]: Δεν παρατηρείται εξέλιξη της νόσου
- [B]: Ταχεία εξέλιξη και θάνατος εντός πενταετίας
- [Γ]: Βραδεία εξέλιξη, η οποία είναι ακτινολογικά εμφανής σε διάστημα πολλών ετών
- [Δ]: Τίποτα από τα παραπάνω
- [E]: Όλα τα παραπάνω είναι ορθά

ΕΡΩΤ. 152: *Ποια μυκητίαση απαντά καλύτερα στην αμφοτερικίνη*

- [A]: Μουκορμύκωση (mucormycosis)
- [B]: Ασπεργίλλωση
- [Γ]: Κοκκιδιοειδομυκητίαση
- [Δ]: Καντιντίαση
- [E]: Όλα τα παραπάνω

ΕΡΩΤ. 153: *Η φυσιολογική κυτταρική σύσταση του BAL σε μη καπνιστές είναι η παρακάτω εκτός από ένα*

- [A]: Μακροφάγα 80-95%
- [B]: Λεμφοκύτταρα <15%
- [Γ]: Ουδετερόφιλα <3%
- [Δ]: Μονοκύτταρα <10%
- [E]: Ηωσινόφιλα <0,5%

ΕΡΩΤ. 154: Ποιο από τα παρακάτω δεν είναι ορθό για τις διάχυτες διάμεσες πνευμονοπάθειες (ΔΔΠ)

- [A]: Οι σπιρομετρικές τιμές δεν σχετίζονται καλά με τις ιστολογικές αλλοιώσεις του πνεύμονος
- [B]: Ασθενείς με ΔΔΠ μπορεί να έχουν περιοριστικό, αποφρακτικό ή μικτό λειτουργικό σύνδρομο στον έλεγχο της πνευμονικής λειτουργίας
- [Γ]: Η οξυμετρία στην άσκηση από μόνη της δεν είναι ευαίσθητη μέθοδος σε πολλούς ασθενείς με ΔΔΠ και μπορεί να αποτελεί λανθασμένο κριτήριο για την χορήγηση ή μη θεραπείας
- [Δ]: Η ανταλλαγή των αερίων στην ηρεμία και την κόπωση είναι πολύ χρήσιμη για τον καθορισμό του βαθμού της φυσιολογικής ανεπάρκειας κατά την κόπωση, είναι πολύ χρήσιμη όμως για τον καθορισμό του βαθμού της φυσιολογικής ανεπάρκειας κατά την αρχική εκτίμηση καθώς και για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και της ανταποκρίσεως στην θεραπεία
- [E]: Η διαχυτική ικανότητα (DLCO) από μόνη της είναι ακριβής και σταθερή μέθοδος παρακολούθησης της πορείας της νόσου

ΕΡΩΤ. 155: Σχετικά με τις διαταραχές του μεταβολισμού του ασβεστίου στην σαρκοείδωση τι είναι σωστό

- [A]: Η υπερασβεσταιμία απαντά σε ποσοστό 5% και η υπερασβεστιουρία σε ποσοστό 15%
- [B]: Η υπερασβεσταιμία είναι σταθερή σε όλες τις εποχές του χρόνου
- [Γ]: Η 1,25 (OH)₂D δεν έχει άμεση επίδραση στην νεφρική διήθηση και την επαναρρόφηση του ασβεστίου των σαρκοειδικών
- [Δ]: Τα επίπεδα της υπερασβεσταιμίας είναι συγκρίσιμα με εκείνα που παρατηρούνται σε νεοπλασματικές παθήσεις
- [E]: Η υπερασβεστιουρία είναι δύο φορές συχνότερη στις γυναίκες

ΕΡΩΤ. 156: Ποιο από τα παρακάτω σχετικά με το αεροπορικό ταξίδι των πνευμονοπαθών δεν είναι ορθό

- [A]: Τιμή PaO₂>55mmHg είναι ασφαλές όριο για οποιοδήποτε υψόμετρο
- [B]: Μεταλύτερη PaO₂ μπορεί να είναι απαραίτητη για άτομα με στεφανιαία νόσο ή αγγειακή εγκεφαλική νόσο
- [Γ]: Υπερκαπνικοί ασθενείς μπορεί να χρειάζονται λιγότερο οξυγόνο (μικρότερες συγκεντρώσεις) κατά την πτήση συγκριτικά με εκείνων του εδάφους
- [Δ]: Μπορεί να προβλεφθεί η PaO₂ κατά την πτήση από σχετική εξίσωση σε νορμοκαπνικά άτομα με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια σε ηρεμία
- [E]: Μπορεί να μελετηθεί πριν το ταξίδι με υποβαρική υψομετρική δοκιμασία εξομοίωσης (hypoxia-altitude simulation test)

ΕΡΩΤ. 157: Με τον όρο Αμυλοείδωση ορίζεται μια ομάδα παθήσεων με ποίκιλα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά, που από κοινού όμως χαρακτηρίζονται από την εξωκυττάρια εναπόθεση ενός αδιαλύτου ινιδιακού πρωτεϊνικού υλικού, που ονομάζεται "αμυλοειδές". Η εναπόθεση στο πνεύμονα δεν είναι σπάνια ιδιαίτερα τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα όπως βρογχεκτασίες, ινοκυστική νόσο, tbc, οστεομυελίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και Μεσογειακό πυρετό. Ποιες από τις κατωτέρω είναι οι μορφές με τις οποίες εκδηλώνεται συνηθέστερα η νόσος του πνεύμονα

- [A]: Εικόνα πρωτοπαθούς πνευμονικής υπέρτασης
- [B]: Εικόνα μυοπάθειας των αναπνευστικών μυών
- [Γ]: Εναπόθεση στους αεραγωγούς, παρεγχυματικά οζίδια, ή διάχυτη διάμεση πνευμονοπάθεια
- [Δ]: Σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο
- [E]: Εικόνα αποφρακτικής βρογχολίτιδας και οργανωτικής πνευμονίας

ΕΡΩΤ. 158: *Η διάχυτη πανβρογχιολίτιδα είναι μια νόσος που περιγράφηκε κατ'εξοχήν στην Ιαπωνία και χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των αεραγωγών με γρήγορη εξέλιξη σε θάνατο. Σε ποιο σημείο του τραχειοβρογχικού δένδρου εντοπίζεται και από τι βλάβες χαρακτηρίζεται*

- [A]: Στα αναπνευστικά βρογχιόλια και χαρακτηρίζεται από υπερπλασία του βρογχικού λεμφικού συστήματος οδηγώντας βαθμιαία σε βρογχεκτασίες
- [B]: Στα τελικά βρογχιόλια
- [Γ]: Στα αναπνευστικά βρογχιόλια και προκαλεί εμφύσημα
- [Δ]: Στους τμηματικούς βρόγχους και κάνει βρογχεκτασίες
- [E]: Στα τελικά και αναπνευστικά βρογχιόλια

ΕΡΩΤ. 159: *Η νόσος του Αδαμαντιάδη Behcet είναι μια συστηματική αυτοάνοση, αγγειίτιδα που μπορεί να προσβάλει τον πνεύμονα. Συνήθως η πνευμονική νόσος χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των μεγάλου διαμέτρου πνευμονικών αρτηριών, θρόμβωση και δημιουργία ανευρύσματος, η ρήξη του οποίου φέρνει το θάνατο. Η θεραπεία περιλαμβάνει*

- [A]: Ανοσοκατασταλτικά σε υψηλές δόσεις (Κυκλοσπορίνη)
- [B]: Αντιπηκτικά
- [Γ]: Ανοσοκατασταλτικά, κολχκίνη
- [Δ]: Αντενδείκνυνται πλήρως τα αντιπηκτικά
- [E]: Το Α και το Γ

ΕΡΩΤ. 160: *Η θωρακοσκόπηση έχει θέση στην προεγχειρητική σταδιοποίηση του βρογχογενούς καρκίνου, στις εξής περιπτώσεις*

- [A]: Υπαρξη υπεζωκοτικής συλλογής με αρνητική κυτταρολογική εξέταση του υγρού
- [B]: Υποψία για ύπαρξη παθολογικά διογκωμένων λεμφαδένων μεσοθωρακίου που δεν είναι προσπελάσιμοι με την μεσοθωρακοσκόπηση
- [Γ]: Σε όλες τις περιπτώσεις του καρκίνου του πνεύμονα που προγραμματίζονται για εγχείρηση
- [Δ]: Δεν έχει καμιά θέση στην προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονος
- [E]: Η Α και Β

ΕΡΩΤ. 161: *Ασθενής που υποβάλλεται σε λοβεκτομή για βρογχογενή καρκίνο και εμφανίζει ατελεκτασία του παραμένοντος λοβού (στο χειρουργημένο ημιθώρακιο) πρέπει*

- [A]: Να υποβληθεί επειγόντως σε θεραπευτική βρογχοσκόπηση
- [B]: Να αρχίσει αμέσως έντονες ασκήσεις φυσικοθεραπείας αναπνευστικού συστήματος
- [Γ]: Να του χορηγηθεί το κατάλληλο αντιβιοτικό
- [Δ]: Το Α, Β και Γ
- [E]: Να υποβληθεί σε συμπληρωματική πνευμονεκτομή

ΕΡΩΤ. 162: *Για την απώτερη επιβίωση των αρρώστων με μη μικροκυτταρικό καρκίνο, οι οποίοι υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία, ισχύουν τα ακόλουθα*

- [A]: Η απώτερη επιβίωση εξαρτάται κυρίως από τον ιστολογικό τύπο του όγκου
- [B]: Η απώτερη επιβίωση εξαρτάται κυρίως από το στάδιο της νόσου, κατά το οποίο γίνεται η εγχείρηση
- [Γ]: Η πενταετής επιβίωση των αρρώστων του σταδίου Ι είναι περίπου 40%
- [Δ]: Η δεκαετής επιβίωση του συνόλου των αρρώστων που έχουν υποβληθεί σε εκτομή της βλάβης, είναι περίπου 16%
- [E]: Ισχύουν τα Β και Δ

ΕΡΩΤ. 163: *Ασθενής παρουσιάζει την εξής τριάδα ευρημάτων. Σοβαρή πνευμονική υπέρταση, πνευμονικό οίδημα (ακτινολογικώς) και φυσιολογική πίεση ενσφηνώσεως (PWP) πρόκειται για*

- [A]: Στένωση πνευμονικής βαλβίδος
- [B]: Μύξωμα δεξιού κόλπου
- [Γ]: Φλεβοαποφρακτική νόσο (Pulmonary occlusive disease)
- [Δ]: Αριστερά καρδιακή ανεπάρκεια
- [E]: Αριστερο-δεξιά διαφυγή αίματος

ΕΡΩΤ. 164: *Το αγγειακό σύστημα της πνευμονικής κυκλοφορίας περιλαμβάνει*

- [A]: Αρτηρίες ελαστικού τύπου
- [B]: Μεταβατικού τύπου
- [Γ]: Μυϊκού τύπου
- [Δ]: Όλες τις ανωτέρω
- [E]: Μόνο μεταβατικού και ελαστικού τύπου

ΕΡΩΤ. 165: *Ασθενής με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία στις παρακάτω περιπτώσεις*

- [A]: Παραμονή υπολειμματικής περιφερικής νόσου μετά ΧΘΠ-ΑΚΘ
- [B]: Στάδιο IIIA (κατά την TNM σταδιοποίηση)
- [Γ]: Στάδιο I και II (κατά την TNM σταδιοποίηση)
- [Δ]: Επί πλήρους ανταποκρίσεως μετά ΧΘΠ-ΑΚΘ
- [E]: A + Γ

ΕΡΩΤ. 166: *Η θεραπεία που φαίνεται να προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιβιώσεως σε ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα περιορισμένου σταδίου, σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, είναι μια από τις παρακάτω: ΧΘΠ: χημειοθεραπεία, ΑΚΘ: ακτινοθεραπεία (θωρακική), ΠΑΕ: προφυλακτική ακτινοβολία εγκεφάλου*

- [A]: 6 κύκλοι ΧΘΠ, ακολούθως ΑΚΘ (θωρακική) και ΠΑΕ στους πλήρως ανταποκριθέντες
- [B]: 6 κύκλοι ΧΘΠ, ακολούθως θωρακική ΑΚΘ και ΠΑΕ στους ανταποκριθέντες
- [Γ]: ΑΚΘ, ακολούθως 6 κύκλοι ΧΘΠ και ΠΑΕ στους πλήρως ανταποκριθέντες
- [Δ]: 10 κύκλοι ΧΘΠ με σύγχρονη ΑΚΘ, ακολούθως ΠΑΕ στους πλήρως ανταποκριθέντες
- [E]: 6 κύκλοι ΧΘΠ με σύγχρονη, πρώιμη χορήγηση θωρακικής ΑΚΘ. Ακολούθως ΠΑΕ στους πλήρως ανταποκριθέντες

ΕΡΩΤ. 167: *Η συμβολή της ινοβρογχοσκόπησης στη διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου είναι μεγάλη ιδιαίτερα σε κεντρικές βλάβες παρά περιφερικές. Ποιο-α από τα παρακάτω αληθεύουν*

- [A]: Η διαγνωστική αξία της βιοψίας ορατού ενδοβρογχικού όγκου κατά την ινοβρογχοσκόπηση φθάνει το 90% και πλέον
- [B]: Η διαγνωστική αξία της βρογχικής έκπλυσης (washing) σε ορατή ενδοβρογχική βλάβη δεν ξεπερνά το 50%
- [Γ]: Η διαγνωστική αξία της βρογχικής έκπλυσης σε περιφερική βλάβη διαμέτρου <2cm χωρίς ενδοβρογχική βλάβη δεν ξεπερνά το 30%
- [Δ]: Η διαγνωστική αξία της βιοψίας ορατού ενδοβρογχικού όγκου δεν ξεπερνά το 60%
- [E]: Οι περιπτώσεις A και Γ

ΕΡΩΤ. 168: *Όλα από τα επόμενα είναι επιπλοκές της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας εκτός*

- [A]: Πνευμονική καρδιά
- [B]: Ερυθροκυττάρωση
- [Γ]: Αναπνευστική ανεπάρκεια
- [Δ]: Ανεπάρκεια αριστεράς κοιλίας
- [Ε]: Βρογχογενές καρκίνωμα

ΕΡΩΤ. 169: *Ποιο κλινικό σημείο είναι παθογνωμονικό για πνευμοθώρακα από μηχανική αναπνοή*

- [A]: Ταχυκαρδία
- [B]: Ταχύπνοια
- [Γ]: Υποδόριος αέρας στο τράχηλο ή στο άνω μεσοθωράκιο
- [Δ]: Υπόταση
- [Ε]: Μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος ετεροπλεύρως

ΕΡΩΤ. 170: *Ποια πάθηση είναι η συχνότερη επιπλοκή της πυριτίωσης*

- [A]: Streptococcus πνευμονία
- [B]: Σαρκοείδωση
- [Γ]: Klebsiella πνευμονία
- [Δ]: TBC
- [Ε]: Βρογχογενής καρκίνος

ΕΡΩΤ. 171: *Η κατανάλωση O₂ από τους ιστούς*

- [A]: Εξαρτάται από την προσφορά O₂ σε όλες τις περιπτώσεις
- [B]: Αμεσα εξαρτάται από τον κορεσμό του μικτού φλεβικού αίματος
- [Γ]: Μετεγχειρητικά αυξάνει συνήθως κατά 300% σχετικά με τη προεγχειρητικές τιμές
- [Δ]: Μειώνεται με την χορήγηση ηρεμιστικών
- [Ε]: Εξαρτάται από τη καρδιακή παροχή

ΕΡΩΤ. 172: *Οι άρρωστοι με διαβητική οξέωση*

- [A]: Έχουν μετατόπιση της καμπύλης της οξυαιμοσφαιρίνης προς τα αριστερά
- [B]: Έχουν σημαντική μείωση του συνολικού καλίου του σώματος
- [Γ]: Μπορεί να έχουν χαμηλή, φυσιολογική ή υψηλή την συγκέντρωση του καλίου τον ορό τους
- [Δ]: Έχουν μία παράδοξη οξέωση του ΚΝΣ όταν χορηγούνται διττανθρακικά
- [Ε]: Τα Β, Γ, Δ είναι σωστά

ΕΡΩΤ. 173: *Στα συντηρητικά μέτρα αντιμετώπισης του συνδρόμου της αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο περιλαμβάνονται όλα τα παρακάτω εκτός από ένα*

- [A]: Απώλεια βάρους με διαίτα
- [B]: Διακοπή καπνίσματος
- [Γ]: Αποφυγή οινοπνευματωδών και ηρεμιστικών προ του ύπνου
- [Δ]: Καταπολέμηση της αλλεργικής ρινίτιδας
- [Ε]: Χορήγηση διουρητικών προ της κατακλίσεως

ΕΡΩΤ. 174: Η βαρύτητα της υποξαιμίας που οφείλεται σε άπνοια στον ύπνο εξαρτάται από όλους τους παρακάτω παράγοντες εκτός από ένα

- [Α]: Τον αριθμό των απνοιών ανά ώρα ύπνου (Υπνοαπνοικός δείκτης, AHI)
- [Β]: Τη χρονική διάρκεια της άπνοιας
- [Γ]: Τη μερική τάση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα κατά την έναρξη της άπνοιας
- [Δ]: Τον όγκο του αέρα στον πνεύμονα κατά τη διάρκεια της άπνοιας

ΕΡΩΤ. 175: Η φυματίωση του πνεύμονος προκαλεί αιμόπτυση με όλους τους πιο κάτω αναφερόμενους μηχανισμούς εκτός από έναν

- [Α]: Βρογχεκτασίες
- [Β]: Ρήξη των ανευρυσμάτων Rasmussen
- [Γ]: Ενδογενής αντιπηκτική δραστηριότητα του μυκοβακτηριδίου
- [Δ]: Ενδοβρογχική διάβρωση σαν συνέπεια ενεργού νόσου
- [Ε]: Κοιλότητες που προδιαθέτουν στη δημιουργία μυκητωμάτων

ΕΡΩΤ. 176: Τυπικές παθολογικές μεταβολές της πνευμονικής λειτουργίας στο οξύ άσθμα περιλαμβάνουν όλα τα πιο κάτω εκτός από ένα

- [Α]: Αυξημένη FVC και ελαττωμένη FEV₁
- [Β]: Αυξημένες αντιστάσεις των αεραγωγών
- [Γ]: Αύξηση της TLC και του RV
- [Δ]: Αύξηση της DLCO
- [Ε]: Φυσιολογική ή ελαφρά αυξημένη πνευμονική διατασιμότητα (compliance)

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

ΕΡΩΤ. 1: *Οι μηχανισμοί με τους οποίους η παραρρινοκολπίτις μπορεί να προκαλέσει παρόξυνση του άσθματος είναι όλοι οι παρακάτω εκτός από ένα*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Οι πιθανοί μηχανισμοί παροξύνσεως του άσθματος από παραρρινοκολπίτιδα είναι: α) βακτηριδιακή διασπορά στους πνεύμονες από τους κόλπους, β) αύξηση του β-αδρενεργικού αποκλεισμού από λοίμωξη, γ) αντανακλαστικός βρογχόσπασμος μέσω του ΠΣΘ που είναι και ο πλέον αποδεκτός μηχανισμός, και δ) έκκριση φλεγμονωδών μεσολαβητών. Ref. 1) Peters J, Diaz J. The diagnosis and management of sinusitis in asthmatic patients. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(2):1-8

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 2: *Σε τι ποσοστό οι ασθματικοί έχουν ασυμπτωματική παραρρινοκολπίτιδα*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Παθολογική ακτινογραφία παραρρινίων έχει ευρεθεί σε ποσοστό περίπου 50% των ασθματικών παροξυσμών. Σε 85% από αυτούς, το άσθμα, βελτιώνεται με θεραπεία της παραρρινοκολπίτιδας. Ref. Peters J, Diaz J. The diagnosis and management of sinusitis in asthmatic patients. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(2):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 3: *Στη διαφορική διάγνωση εμφυσήματος άσθματος ποια λειτουργική εξέταση είναι περισσότερο διευκρινιστική (κατά την διάρκεια της κρίσης του άσθματος)*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η διαχυτική ικανότητα του πνεύμονος, για το Co είναι φυσιολογική ή αυξημένη επί βρογχικού άσθματος, ενώ επί εμφυσήματος είναι σταθερά ελαττωμένη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γιαμπουδάκης Π.

ΕΡΩΤ. 4: *Ασθενής ηλικίας 35 ετών με μακρό ιστορικό άσθματος προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με έντονη δύσπνοια. Κατά την κλινική εξέταση εμφανίζει διανοητική σύγχυση και έκδηλη κόπωση, ελαφρά κυάνωση χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών και μοσικούς ρόγχους. Αέρια αίματος pH=7,22 PaCO₂ 45mmHg, PaO₂ 52mmHg. Η άμεση θεραπεία της πρέπει να περιλάβει όλα τα παρακάτω εκτός από*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή δεν έχουν θέση στην άμεση θεραπεία μιας τόσο σοβαρής κρίσης άσθματος. Η μηχανική αναπνοή επιβάλλεται από την κλινική εικόνα και την εμφάνιση υπερκαπνίας.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 5: *Τα παρακάτω υποδηλούν σοβαρή κρίση άσθματος*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Η αύξηση του παράδοξου σφυγμού (φυσιολογική τιμή μικρότερη των 10mmHg) έχει συσχετισθεί

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

ΕΡΩΤ. 1: *Οι μηχανισμοί με τους οποίους η παραρρινοκολπίτις μπορεί να προκαλέσει παροξύνση του άσθματος είναι όλοι οι παρακάτω εκτός από ένα*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Οι πιθανοί μηχανισμοί παροξύνσεως του άσθματος από παραρρινοκολπίτιδα είναι: α) βακτηριακή διασπορά στους πνεύμονες από τους κόλπους, β) αύξηση του β-αδρενεργικού αποκλεισμού από λοίμωξη, γ) αντανακλαστικός βρογχόσπασμος μέσω του ΠΣΘ που είναι και ο πλέον αποδεκτός μηχανισμός, και δ) έκκριση φλεγμονωδών μεσολαβητών. Ref. 1) Peters J, Diaz J. The diagnosis and management of sinusitis in asthmatic patients. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(2):1-8

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 2: *Σε τι ποσοστό οι ασθματικοί έχουν ασυμπτωματική παραρρινοκολπίτιδα*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Παθολογική ακτινογραφία παραρρινίων έχει ευρεθεί σε ποσοστό περίπου 50% των ασθματικών παροξυσμών. Σε 85% από αυτούς, το άσθμα, βελτιώνεται με θεραπεία της παραρρινοκολπίτιδας. Ref. Peters J, Diaz J. The diagnosis and management of sinusitis in asthmatic patients. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(2):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 3: *Στη διαφορική διάγνωση εμφυσήματος άσθματος ποια λειτουργική εξέταση είναι περισσότερο διευκρινιστική (κατά την διάρκεια της κρίσης του άσθματος)*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η διαχυτική ικανότητα του πνεύμονος, για το Co είναι φυσιολογική ή αυξημένη επί βρογχικού άσθματος, ενώ επί εμφυσήματος είναι σταθερά ελαττωμένη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γιαμπουδάκης Π.

ΕΡΩΤ. 4: *Ασθενής ηλικίας 35 ετών με μακρό ιστορικό άσθματος προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με έντονη δύσπνοια. Κατά την κλινική εξέταση εμφανίζει διανοητική σύγχυση και έκδηλη κόπωση, ελαφρά κυάνωση χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών και μοσικούς ρόγχους. Αέρια αίματος $pH=7,22$ $PaCO_2$ 45mmHg, PaO_2 52mmHg. Η άμεση θεραπεία της πρέπει να περιλάβει όλα τα παρακάτω εκτός από*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή δεν έχουν θέση στην άμεση θεραπεία μιας τόσο σοβαρής κρίσης άσθματος. Η μηχανική αναπνοή επιβάλλεται από την κλινική εικόνα και την εμφάνιση υπερκαπνίας.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 5: *Τα παρακάτω υποδηλούν σοβαρή κρίση άσθματος*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Η αύξηση του παράδοξου σφυγμού (φυσιολογική τιμή μικρότερη των 10mmHg) έχει συσχετισθεί

με την σοβαρότητα της ασθματικής κρίσεως. Η σοβαρή ασθματική κρίση συνοδεύεται από αύξηση του καρδιακού ρυθμού με συχνότητα άνω των 130 σφύξεων ανά λεπτό. Το βρογχικό άσθμα χαρακτηρίζεται από μείωση της εκπνευστικής ροής και συνοδεύεται από εκπνευστικό συριγμό. Το διάστημα QT δεν μεταβάλλεται.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κυρούσης Δ.

ΕΡΩΤ. 6: Οι αποφρακτικές άπνοιες στον ύπνο μπορούν να οδηγήσουν στις παρακάτω καρδιαγγειακές επιπλοκές

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Πάνω από 1/3 των ασθενών με σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο εμφανίζουν αρτηριακή υπέρταση, ιδιαίτερα αύξηση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης τις πρωινές ώρες. Αντίστροφα έχει δειχθεί ότι 30-40% των υπερτασικών παρουσιάζουν άπνοιες στον ύπνο. Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται συνήθως όταν υπάρχει υποξαιμία και κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης. Kales A, Bixler EO, Cadienx RJ, Soldatos C et al: Sleep apnoea in a hypyertensive population. LANCET 2:1005-8, 1984.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βαγιάκης Ε.

ΕΡΩΤ. 7: Στο πνευμονικό εμφύσημα

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Το πνευμονικό εμφύσημα χαρακτηρίζεται από διάταση και καταστροφή των αεροχώρων πέραν των τελικών βρογχιολίων. Η διαχυτική ικανότης του πνεύμονος μειώνεται. Η ελάττωση των δυνάμεων ελαστικής επαναφοράς του παρεγχύματος (elastic recoil) αυξάνει την τάση για πρώιμη σύγκλιση των αεραγωγών κατά την εκπνοή, με συνέπεια την παγίδευση αέρος (air trapping). Οι ασθενείς αναπνέουν σε υψηλότερους πνευμονικούς όγκους για να μειώσουν την σύγκλιση των αεραγωγών. Με την μείωση των δυνάμεων ελαστικής επαναφοράς η διατασιμότητα (compliance) του πνεύμονος (μεταβολή του όγκου δια μεταβολή ενδοπνευμονικής πίεσεως) αυξάνει όταν μετριέται με την στατική μέθοδο.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κυρούσης Δ.

ΕΡΩΤ. 8: Ποιο από τα ακόλουθα αποτελεί κλινικό γνώρισμα της απλής χρονίας βρογχίτιδας

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Στην χρονία βρογχίτιδα παρατηρείται επομένως βήχας με βλεννώδη απόχρεμψη εκτός της περιπτώσεως οξείας λοίμωξης. Το FEV₁ δεν βελτιώνεται >15% με κορτικοειδή ή άλλα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα. Ο ρυθμός επιδείνωσης του FEV₁ μειώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος αλλά η απόλυτη τιμή δεν βελτιώνεται. Αερώδεις κύστες παρατηρούνται μόνον στο εμφύσημα και όχι στην χρονία βρογχίτιδα. Δεν συνυπάρχει ηλεκτροδακτυλία παρά μόνο όταν πάσχει και από βρογχικό καρκίνωμα

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αντωνίου Δ.

ΕΡΩΤ. 9: Όλα τα παρακάτω είναι συμπτώματα του συνδρόμου της αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο εκτός από ένα

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Λιποθυμικά επεισόδια δεν χαρακτηρίζουν το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο. Οι παύσεις της αναπνοής τη νύχτα οδηγούν σε μερικές ή πλήρεις "αφυπνίσεις" για να αποκατασταθεί η αναπνοή με αποτέλεσμα κακής ποιότητας ύπνο και υπνηλία την ημέρα. Η ευερεθιστότητα την ημέρα είναι συχνό εύρημα και αποδίδεται σε αίσθημα μειονεξίας του ασθενούς λόγω επιγνώσεως του προβλήματος και στην προσπάθεια να παραμείνει ξύπνιος. Η νυχτερινή συχνουρία αποδίδεται στην αύξηση των ενδοκοιλιακών πιέσεων από τις έντονες αναπνευστικές κινήσεις κατά τη διάρκεια της άπνοιας και στην έκκριση ANP λόγω αύξησεως της πίεσεως στον δεξιό κόλπο λόγω της πνευμονικής υπέρτασης.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βαγιάκης Ε.

ΕΡΩΤ. 10: *Στη νόσο των μικρών αεραγωγών στη καμπύλη ροής όγκου η DV max 50 είναι*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Στη νόσο των μικρών αεραγωγών αυξάνονται οι περιφερικές αντιστάσεις με αποτέλεσμα η DV Max να είναι κάτω από 20%.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γιαμπουδάκης Π.

ΕΡΩΤ. 11: *Η επικρατούσα θεωρία της παθογένειας του εμφυσήματος είναι*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Οι θεωρίες που επικρατούν σήμερα για την παθογένεια του εμφυσήματος είναι η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ 1ον) ελαστασών-αντιελαστασών και 2ον) οξειδωτικών και αντιοξειδωτικών ουσιών. Σύμφωνα με τη θεωρία διαταραχής της ισορροπίας ελαστασών-αντιελαστασών, παρατηρείται έκλυση κυρίως από τα φαγοκύτταρα πρωτεολυτικών ουσιών που έχουν την ικανότητα καταστροφής του πνευμονικού ιστού. Οι κυκλοφορούσες αντιπρωτεάσες (αντιελαστάσες) εμποδίζουν τα πρωτεολυτικά αυτά ένζυμα να καταστρέψουν τα δομικά στοιχεία του πνευμονικού ιστού. Η καταστροφή του πνευμονικού ιστού μπορεί να προέλθει είτε από αυξημένη έκλυση ελαστασών είτε από μειωμένη προστασία αντιελαστασών. Σύμφωνα με τη δεύτερη θεωρία οι οξειδωτικοί παράγοντες καταστρέφουν τον πνευμονικό ιστό είτε αδρανοποιώντας τις αντιελαστάσες είτε προκαλώντας βλάβες στην ελαστίνη. I. Snider G.L. Lysey EC. Stone P.J. State of art. Animal models of emphysema. Am Rev Resp Dis 1986 133:144-169.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αναγνωστοπούλου Ο.

ΕΡΩΤ. 12: *Η παθογένεια του εμφυσήματος στους καπνιστές οφείλεται*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Το τσιγάρο φαίνεται ότι προκαλεί ανεξέλεγκτο δράση και της ενδοπνευμονικής ελαστάσης ή ενδοπνευμονική ανεπάρκεια της αναστολής της ελαστάσης με επακόλουθο τη δημιουργία εμφυσήματος. Εκτός από τους παραπάνω μηχανισμούς ο καπνός του τσιγάρου έχει βρεθεί ότι μειώνει τη δραστηριότητα των αντιελαστασών λόγω της οξειδωτικής σύστασης του καπνού. Επίσης ο καπνός του τσιγάρου έχει ενοχοποιηθεί για τη μειωμένη σύνθεση της ελαστίνης. Snider G.L.:Chronic Obstructive Pulmonary disease. A continuing challenge. Am Rev Resp Dis 1986 133-142 144.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αναγνωστοπούλου Ο.

ΕΡΩΤ. 13: *Οι ασθενείς που πάσχουν κατ'εξοχήν από πνευμονικό εμφύσημα σε αντίθεση από ασθενείς με χρόνια βρογχίτιδα παρουσιάζουν*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Και στις δύο ομάδες ασθενών δεν παρατηρείται >15% αύξηση του FEV₁ (αναστρέψιμος βρογχόσπασμος). Οι εμφυσηματικοί ασθενείς λόγω της μεγάλης παγίδευσης αέρος έχουν >RV και επομένως >TLC. Για την διατήρηση του PaO₂ υπάρχει υπεραερισμός και επομένως <PaCO₂. Το υποξαιμικό και υπερκαπνικό ερέθισμα στον έλεγχο της αναπνοής είναι φυσιολογικό ενώ στην χρόνια βρογχίτιδα το υπερκαπνικό ερέθισμα μπορεί να μειωθεί. Χρόνια πνευμονική καρδιά αναπτύσσεται αργότερα στο εμφύσημα. Λόγω της μεγάλης απώλειας κυψελιδικής επιφάνειας το DLCO είναι μειωμένο στο προχωρημένο πνευμονικό εμφύσημα.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αντωνίου Δ.

ΕΡΩΤ. 14: *Εναλλακτικοί τρόποι χορηγήσεως εισπνεομένων φαρμάκων όταν αυτά χορηγούνται με δοσιμετρική συσκευή (MDI) ενδείκνυται*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Όλα αποτελούν ενδείξεις εναλλακτικής χορηγήσεως του φαρμάκου. Ref. Siafakas N, Bouros D. Choice of inhalation therapy in adults. Eur Respir Rev 1994; 4:78-81

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 15: *Οι αποφρακτικές άπνοιες μπορούν να οδηγήσουν στις παρακάτω καρδιακές αρρυθμίες κατά τη διάρκεια του ύπνου*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Μπορεί να προκληθούν όλες οι αναφερόμενες επιπλοκές λόγω της υποξαιμίας και των συμπαθητικών εκφορτίσεων κατά τη λύση των άπνοιων ιδίως σε ασθενείς με προϋπάρχουσα καρδιακή νόσο. 1) Guilleminault C et al: Cardiac arrhythmias and conduction disturbances during sleep in 400 patients with sleep apnea syndrome. Am J Cardiol 52:490-494, 1983.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βαγιάκης Ε.

ΕΡΩΤ. 16: *Επαγγελματική έκθεση στον Αμιάντο είναι γνωστό ότι μπορεί να προκαλέσει α) μεσοθηλίωμα β) διάχυτη ινοποιό κυψελιδίτιδα (Αμιάντωση) γ) καρκίνο πνεύμονα στους καπνιστές και δ) καλοήθεις εξιδρωματικές συλλογές. Μη καπνιστές εκτεθειμένοι επαγγελματικά στον αμιάντο μπορεί να παρουσιάσουν νόσο των μικρών αεραγωγών πρωτοπαθώς. Αν ναι που βρίσκεται ή χαρακτηριστική βλάβη*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Wright et al. Diseases of the Small Airways. State of the Art. Am Rev Respir Dis 1992 146:240-262.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 17: *Ποιά είναι το ποσοστό των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και FEV₁ 0.75lt που θα έχουν επιβίωση μεγαλύτερη από 5 έτη.*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Η πρόγνωση στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια εξαρτάται κυρίως από την απόλυτη τιμή της FEV₁. Αν η FEV₁ είναι κάτω από 0.75lt η τριετής επιβίωση είναι 40% και η πενταετής 20%. Αν υπάρχει ακτινολογική εικόνα εμφυσήματος ή υπερκαπνία με PCO₂>60mmHg η πρόγνωση είναι ακόμα χειρότερη. Κ.Ι. Γουργουλιάνης, Χ.Γ. Μελισσηνός. Συχνές διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος σε υπερήλικες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1993, 10:371-380.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 18: *Ποιο από τα παρακάτω νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να δώσει σπироγράφημα περιοριστικού τύπου*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ο παροξυσμός του βρογχικού άσθματος εμφανίζεται, κλινικώς και παθοφυσιολογικώς, με δύο μορφές. Η μία μορφή, η πιο συχνή, χαρακτηρίζεται από στένωση των αεροφόρων οδών, και επομένως από διάχυτους εισπνευστικούς και εκπνευστικούς συρίττοντες ρόγχους και αποφρακτικού ή μικτού τύπου εκπνευστικό σπироγράφημα. Η άλλη μορφή, σπάνια, χαρακτηρίζεται από απόφραξη των αεροφόρων οδών, και επομένως από έλλειψη ακροαστικών, μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος και περιοριστικού τύπου εκπνευστικό σπироγράφημα. Βιβλιογραφία ΚΑΜΑΡΟΥΛΙΑΣ Δ.: Το βρογχικό άσθμα, ως περιοριστικού τύπου πνευμονοπάθεια. Πνευμον. και Φυματιολ. Επιθεώρησης, περίοδος Γ', τόμος 13ος, τεύχος 5-6ο, σελ. 242-258, 1972. PERMUTT S.: PHYSIOLOGIC CHANGES IN THE ACUTE ASTHMATIC ATTACK. IN "ASTHMA" ED. BY AUSTEN f. AND LIGHTENSTEIN L. ACADEMIC PRESS, 1973.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καμαρούλιας Δ.

ΕΡΩΤ. 19: *Ποια είναι η πιο συχνή αιτία του χρόνιου βήχα, από τα κάτωθι*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Οι ασθενείς οι οποίοι προέρχονται από 2 εργασίες μαζί και αναγράφονται στο βιβλίο του Murray 1988, pp 434. Ήταν 158 ασθενείς. Η πιο συχνή αιτία του χρόνιου βήχα ήταν το βρογχικό άσθμα 32%, μετά μία μεταλοϊμώδης (17%) αιτία, τρίτον το "postnasal drip" (οπισθορινικός κατάρρους) 15%, και τέταρτη ήταν η βρογχίτιδα με 12%.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 20: *Πόσοι από τους καπνιστές με πάνω από 20 πακέτα x έτη αναπτύσσουν σοβαρή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (δηλ $FEV_1 < 60\%$)*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Μόνο η μειοψηφία των ασθενών που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως για 20 χρόνια-20 πακέτα έτη, αναπτύσσουν σοβαρή αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Δηλαδή το 10-15% (Burrows B, et al ARRD, 1979, 115:751-760).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 21: *Σε ποιο χρωμόσωμα έχει εντοπισθεί η βλάβη σε ασθενείς με κυστική ίνωση και ποιος είναι ο πιο συνήθης μικροοργανισμός ο οποίος απομονώνεται στα πτύελα των παιδιών. Ποια είναι η σωστή απάντηση*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Είναι πλέον γνωστό ότι τα πτύελα των παιδιών αποικίζονται από σταφυλόκοκκο χρυσίζοντα ενώ των ενηλίκων από ψευδομονάδα aeruginosa. Τα τελευταία χρόνια με τη βοήθεια των DNA ανιχνευτών βρέθηκε ότι στο χρωμόσωμα 7 υπάρχει μια παθολογική περιοχή η οποία ευθύνεται για την νόσο.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 22: *Ποια είναι η συχνότερη αιτία αιφνιδίου θανάτου από το αναπνευστικό σύστημα σε ασθενείς που πάσχουν από συστηματικό ερυθηματώδη λύκο*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ενδοπνευμονική αιμορραγία υπάρχει συχνότατα σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και μπορεί να εκδηλώνεται ως ήπια, μαζική ή χωρίς αιμόπτυση. Η μορφή του ερυθηματώδους λύκου που χαρακτηρίζεται από μαζική αιμορραγία απειλητική για τη ζωή είναι δυνατόν να εμφανισθεί χωρίς προηγούμενα συμπτώματα. Ο ασθενής με οξεία αιμορραγία περιγράφεται σαν πάσχων, με υψηλό πυρετό, βήχα, δύσπνοια και υποξυγοναιμία. Στην ακτινογραφία θώρακος εμφανίζει κυψελιδικού τύπου σκιάσεις διάχυτες κυρίως στα κάτω πνευμονικά πεδία. Συνήθως δε συνυπάρχουν διαταραχές πήξεως. Μαζική αιμορραγία από το αναπνευστικό είναι δυνατόν να εμφανιστεί σε ασθενείς χωρίς να συνυπάρχουν προβλήματα από άλλα συστήματα και μπορεί να θέσει και τη διάγνωση του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου. Η θνητότητα του συνδρόμου αυτή είναι υψηλή, συνήθως άνω των 50%.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουγουλάκης Σ.

ΕΡΩΤ. 23: *Η κοκκιωμάτωση του Wegener μπορεί να εκδηλωθεί σαν*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η κοκκιωμάτωση Wegener μπορεί να εκδηλωθεί ποικιλοτρόπως, από κεραυνοβόλο κυψελιδική αιμορραγία μέχρι και ύπουλη αβληχρά συμπτωματολογία που διαρκεί πολλά χρόνια ή δεκαετίες. Κύρια μορφολογικά γνωρίσματα της νόσου είναι: α) η αγγειίτιδα, β) παρεγγυματική νέκρωση, και γ) το φλεγμονώδες υπόστρωμα. Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να περιλαμβάνει από κυψελιδικού τύπου ΔΔΠ, κοιλτοκούς όζους μέχρι και πυκνωτικές εντοπισμένες περιοχές. Ref. 1) Cordier JF et al. Pulmonary Wegener's granulomatosis: a clinical and imaging study of 77 cases. Chest 1990; 97:906-12. 2) Hoffman G. et al. Wegener's granulomatosis: analysis of 158 patients. Ann. Intern Med. 1992; 116:488-98.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 24: *Το σύνδρομο Churg-Strauss: (αλλεργική κοκκιωμάτωση)*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η αλλεργική αγγειίτιδα με κοκκιώματα (σύνδρομο Churg-Strauss) είναι κοκκιωματώδης αγγειίτιδα του πνεύμονος σε ασθματικά άτομα, η οποία σπάνια μπορεί να υπερκαλύπτεται (overlap) με νόσο του Wegener και άλλες αγγειίτιδες, όπως η οζώδης πολυαρτηρίτις. Η νεκρωτική σαρκοειδική αγγειίτις πρακτικά θεωρείται ότι είναι οζώδης σαρκοειδωση με κεντρική νέκρωση. Ref. 1) Παπανδρέου Λ, Μπούρος Δ. Κοκκιωματώδεις αγγειίτιδες του πνεύμονος. Ιατρική 1991; 59:501-601. 2) Colby T, Specks U. Necrotizing

granulomatous disorders of the lung. Pulmonary and critical Care Update 1993; 8(30):1-8.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 25: Ποια εκ των κάτωθι συναντώνται στην ελκώδη κολίτιδα

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η ελκώδης κολίτιδα έχει συνοδευτεί μένα φάσμα νόσων από τον πνεύμονα, έτσι έχει συνοδευτεί με αγγείτιδα στον πνεύμονα (NEJM. , 1968:376-77), με πνευμονική ίνωση (Am J Gastroent 1983, 78:86-89), με κοκκιωμάτωδη νόσο των πνευμόνων (Gastroent Endosc, 1976, 23:98-99), με πνευμονική εμβολή (Mayo Clin Proc, 1986, 61:140-145), με πυώδη βρογχίτιδα και βρογχεκτασίες (Q.J Med 1981, 197:63-75 και Thorax 1982, 37:952-53 Arch Int Med 1973,136:454-59).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 26: Το πιο συχνό βακτηρίδιο στα πτύελα σε ασθενείς με κυστική ίνωση είναι

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Περίπου σε ποσοστό 70-90% των ασθενών με κυστική ίνωση και με μικρότερο ποσοστό στα νεογνά ανευρίσκεται ψευδομονάδα αεριογόνος. Ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και ο αιμόφιλλος της ινφλουέντζας είναι τα επόμενα στη σειρά βακτηρίδια σε ενήλικες με ήπια νόσο. Ref. 1) Weissler J. Regulation of lymphocyte activation in the lung. Pulmonary and Critical Care Update 1993; 8(24):1-7.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 27: Ποιο από τα παρακάτω είναι λάθος σχετικά με την κυστική ίνωση, (CF)

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Μέχρις ότου είναι διαθέσιμα οριστικά αποτελέσματα, από την έρευνα που ευρίσκεται σε εξέλιξη, είναι πρώιμο να γίνεται προγεννητικός έλεγχος σε όλα τα νεογνά. Υπολογίζεται ότι περίπου 8 εκατομμύρια άτομα μπορεί να ευρεθούν ως φορείς στις ΗΠΑ. Λάθη, σύγχυση και στιγματισμός είναι πιθανοί κίνδυνοι σε αδρό (screening) προσδιορισμό όλων των φορέων. Ref. 1) De Rico G, Mischler E. Cystic Fichrosis update. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(11):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 28: Νέος 22 ετών υποβάλεται σε ακτινογραφία θώρακος F προκειμένου να διορισθεί. Τυχαίο εύρημα της ακτινογραφίας αποτελεί τριγωνική σκίαση δεξιάς βάσης. Στην διαφορική διαγνωστική περιλαμβάνεται και το πνευμονικό απόλυμα. Ποια εκ των κατωτέρω εξετάσεων θα έθετε με ακρίβεια την διάγνωση του πνευμονικού απολύματος.

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Το χαρακτηριστικό (παθογνωμονικό) του πνευμονικού απολύματος είναι η απ'ευθείας αιμάτωση απο την αορτή με ευρύ αγγείο.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ηλιάδης Κ.

ΕΡΩΤ. 29: Ασθενής έχει σοβαρές διάρροιες και έρχεται στα εξωτερικά επείγοντα ιατρεία με τα εξής: $PCO_2=40\text{mmHg}$, $HCO_3=12\text{mEq/et}$, $pH=7,20$, χάσμα ανιόντων=12, και κάλλιο αίματος=2,8. Ποια είναι η διαταραχή

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η άρρωστη έχει μεταβολική οξέωση μη αντιρροπούμενη. Το φυσιολογικό χάσμα ανιόντων οφείλεται στην οξεία μεταβολική οξέωση που οφείλεται στην απώλεια HCO_3 εκ του γαστρεντερικού λόγω διάρροιών.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζακυνθινός Σ.

ΕΡΩΤ. 30: *Οι δρεπανοκυτταρικές νόσοι αποτελούν μια ομάδα αιμοσφαιρινοπαθειών οι οποίες συχνά εκδηλώνουν προσβολή του πνεύμονα. Ασθενείς ομοζυγωτές αναπτύσσουν συχνά λοιμώξεις και φλεβοθρόμβωση. Με τον όρο οξύ θωρακικό σύνδρομο ορίζουμε το πνευμονικό διήθημα με πυρετό και συχνά οστικά άλγη. Η αιτιολογία του μπορεί να οφείλεται σε*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Weil et al. Pathogenesis of lung disease in Sickle Hemoglo.. NIH workshop Summary. Am Rev Respir Disease 148, 249-256, 1993.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 31: *Ποια από τις παρακάτω διαταραχές είναι περισσότερο πιθανό να έχει $pH=7,32$ και $PaCO_2=32mmHg$*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Ο άρρωστος έχει μεταβολική οξέωση. Από τις αναφερόμενες παθήσεις μόνο το shock προκαλεί μεταβολική οξέωση λόγω παραγωγής γαλακτικού οξέως.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζακυνθινός Σ.

ΕΡΩΤ. 32: *Τα ευρήματα που συνηγορούν υπέρ λιπώδους εμβολής είναι: 1. οξεία αναπν. ανεπάρκεια, 2. διαταραχή συνειδήσεως, 3. πετέχεια, 4. πυρετός, 5. αιμόπτυση*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Ο πυρετός και η αιμόπτυση δυνατόν να απαντούν μεμονωμένα επί λιπώδους εμβολής, δεν θεωρούνται όμως ως "ευρήματα" της νόσου. Ο συνδυασμός των τριών πρώτων επιβάλλει τρόπον τινα τη διάγνωση, κατάρχην της λιπώδους εμβολής. Χ. Ρούσσου: Εντατική θεραπεία σε. 325.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζιωτόπουλος Π.

ΕΡΩΤ. 33: *Σε γυναίκα που λαμβάνει κουμαρινικά για θεραπεία εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής που μένει έγκυος κατά την διάρκεια της θεραπείας, θα πρέπει*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η ηπαρίνη δεν διέρχεται το πλακούντα ώστε να προκαλέσει βλάβη στο κύημα, σε αντίθεση με τα κουμαρινικά. Είναι δυνατόν να προκαλέσει αιμορραγία από τη μήτρα σε ποσοστό όμως το ίδιο μ'αυτό των μη εγκύων γυναικών. Δύο οδηγίες θα πρέπει να δίδονται σε ασθενή η οποία είναι υποχρεωμένη να λάβει για μεγάλο χρονικό διάστημα αντιπηκτική θεραπεία και πρόκειται να μείνει έγκυος. Η πρώτη είναι να διακοπεί η χορήγηση κουμαρινικών ή βαρφαρίνης όταν ληφθεί η απόφαση να μείνει έγκυος. Τούτο έχει το μειονέκτημα ότι η ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει ηπαρίνη για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα εάν καθυστερήσει να μείνει έγκυος. Η δεύτερη είναι να συνεχίσει την χορήγηση αντιπηκτικών έως ότου υπάρξει θετικό τέστ εγκυμοσύνης. Τότε διακόπτονται τα προηγούμενα αντιπηκτικά και χορηγείται ηπαρίνη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουγουλάκης Σ.

ΕΡΩΤ. 34: *Ασθενής 45 ετών παρουσιάζεται στα εξωτερικά ιατρεία με αιφνίδιο πόνο στο στήθος και δύσπνοια αιφνίδια εγκατασταθέντα μετά από αεροπορικό ταξίδι από Νέα Υόρκη. Ο ασθενής παρουσιάζει $PaCO_2$ 32mmHg και PaO_2 90mmHg και έχει φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Γίνεται σπινθηρογράφημα αερισμού αιμάτωσης το οποίο δείχνει μια υποτμηματική ελλειμματική περιοχή αιμάτωσης του αριστερού άνω λοβού και μία ελλειμματική περιοχή αιμάτωσης και αερισμού στο μέσο λοβό. Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί μέρος της απαραίτητης αντιμετώπισης*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Τα ευρήματα του scanning δεν θέτουν τη διάγνωση με βεβαιότητα. Επειδή από το ιστορικό και την κλινική εικόνα τίθεται έντονα υποψία πνευμονικής εμβολής απαιτείται αγγειογραφία διότι δεν υπάρχει

και ιδιαίτερη αντένδειξη. Hall Difficulties in the treatment of acute pulmonary embolism. THORAX 1985, 40:728.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 35: *Η νόσος του Wegener είναι μια συστηματική αγγειίτιδα με συμμετοχή, σχεδόν πάντα, του πνεύμονα ή του ανωτέρου αναπνευστικού. Για τη διάγνωση της είναι απαραίτητη η συσχέτιση της κλινικής εικόνας με τα εργαστηριακά και παθολογοανατομικά ευρήματα. Η ανοικτή βιοψία πνεύμονα αποτελεί τη βασική εξέταση για την απόκτηση ιστού για εξέταση. Ποια από τα κατώτερα ή ποιος συνδυασμός ιστολογικών ευρημάτων αποτελούν διαγνωστικά ιστολογικά κριτήρια*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ο ορισμός τη νόσου είναι Κοκκιωματώδης Νεκρωτική Αγγειίτιδα. Travis et al Surgical Pathology of the lung in Wegener's Granulomatous review of 87 Open lung Biopsies from of patients. The American Journal of Surgical Pathology 15(4):315-333, 1991.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 36: *Νεαρή γυναίκα ηλικίας 25 ετών παραπονείται για προοδευτική δύσπνοια, κόπωση και συγκοπτικές προσβολές στην προσπάθεια απο βμήνου. Δεν αναφέρει προηγούμενο ιστορικό καρδιακών φυσημάτων, δεν παρουσιάζει δερματικά εξανθήματα και πυρετό. Η πιο πιθανή διάγνωση είναι:*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η ασθενής που παρουσιάζεται με απουσία ιστορικού φυσημάτων καθιστά απίθανη τη διάγνωση συγγενούς καρδιακής νόσου. Η πρόσφατη αντιθέτως έναρξη συμπτωμάτων χωρίς πυρετό με συγκοπτικές προσβολές στη προσπάθεια θέτει τη διάγνωση της πρωτοπαθούς πνευμονικής υπέρτασης ως την πλέον πιθανή. Καθώς η νόσος εξελίσσεται η πνευμονική και η καρδιακή παροχή μειώνονται και η προσαρμογή στη προσπάθεια είναι αδύνατη. Τελικώς ο καθετηριασμός της πνευμονικής θα επιβεβαιώσει την διάγνωση και θα καθορίσει την επιβίωση που παρά τη θεραπεία είναι συνήθως 4-5 χρόνια.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπαδάκης Γ.

ΕΡΩΤ. 37: *Σε ασθενείς με σημαντική υποξαιμία μετά από πνευμονική εμβολή, η παθοφυσιολογική εξήγηση της πτώσης της PaO₂ συμπεριλαμβάνει όλους τους ακόλουθους μηχανισμούς εκτός από έναν*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η αύξηση του νεκρού χώρου ακόμα και αν υπάρξει δεν συσχετίζεται με μείωση του PO₂. Αντίθετα η υποξαιμία είναι αποτέλεσμα των τεσσάρων άλλων μηχανισμών βραχυκυκλώματος. Manier G, Castaing Y, Guenard H. Determinants of hypoxemia during the acute phase of pulmonary embolism in humans. Am Rev Resp Dis 1985, 132:332. Huyet Y et al: Hypoxemia in acute pulmonary embolism. Chest 1985, 88:829-836.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 38: *Σε έναν άρρωστο με δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η χορήγηση 100% οξυγόνου είναι απαραίτητη προκειμένου να αυξηθεί η περιεκτικότητα του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα, είτε με την μορφή του κορεσμένου με την αιμοσφαιρίνη [την ποσότητά της που δεν έχει συνδεθεί με CO], είτε με την μορφή του διαλυμένου στο πλάσμα. Αν διαθέτουμε O₂ με πίεση πάνω από την ατμοσφαιρική CO (υπερβαρικό) το χορηγούμε και είναι η θεραπεία εκλογής.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζακυνθινός Σ.

ΕΡΩΤ. 39: Ποιος είναι ο συνηθέστερος εκλυτικός παράγων της οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με Χ.Α.Π.

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Όλοι οι ασθενείς με Χ.Α.Π. διατρέχουν τον κίνδυνο μετάπτωσης σε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια όταν υπάρχουν ορισμένοι εκλυτικοί παράγοντες. Η οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού καλύπτει το 90% των περιπτώσεων μετάπτωσης σε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια των ασθενών με Χ.Α.Π. και ο βασικότερος παράγων που τρέπει σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών αυτών.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πατενταλάκης Μ.

ΕΡΩΤ. 40: Το ARDS μπορεί να οφείλεται σε

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η οξεία κάμψη της αριστερής κοιλίας είναι αιτία καρδιογενούς πνευμονικού οιδήματος και όχι μη καρδιογενούς όπως είναι το ARDS. Η σήψη, η εισρόφηση, η εισπνοή τοξικών αερίων, το τραύμα, το shock είναι όλα αίτια μη καρδιογενούς πνευμονικού οιδήματος που στην σοβαρή μορφή του λέγεται σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων (ARDS).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζακυνθινός Σ.

ΕΡΩΤ. 41: Ποια είναι τα κριτήρια για χρόνια οξυγονοθεραπεία

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η οξυγονοθεραπεία είναι η βασική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών που βρίσκονται σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Η υποξαιμία κατά τη διάρκεια της ημέρας με PaO_2 κυμαινόμενο μεταξύ 50-55mmHg, η μείωση της FEV_1 κάτω του 1,52, η πνευμονική υπέρταση και η δευτεροπαθής πολυκυτταραιμία αποτελούν τα βασικότερα κριτήρια χρόνιας οξυγονοθεραπείας. Βεβαίως αν έχει προηγηθεί η φαρμακευτική αντιμετώπιση του ασθενούς αποβαίνει επ'ωφέλεια αυτού.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πατενταλάκης Μ.

ΕΡΩΤ. 42: Ποιο από τα ακόλουθα δεν είναι χαρακτηριστικό του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας του ενηλίκου (ARDS)

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Πρόκειται για καταστροφή των κυττάρων τύπου I και αντικατάσταση τους από τύπου II. Bachojen M et al. Structural alterations of lung parenchyma in the adult respiratory distress syndrome. Clin Chest Med 1982, 3:35.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 43: Ποια από τα παρακάτω δεν αποτελεί σχετική αντένδειξη για μεταμόσχευση πνεύμονος στις διάχυτες πνευμονοπάθειες

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Τα ειδικά κριτήρια μεταμοσχεύσεως πνεύμονος και καρδιάς σε ΔΔΠ για τα διάφορα κέντρα διαφέρουν, γενικά όμως αυτά είναι: α) προσδόκιμο επιβιώσεως μικρότερο από 2 χρόνια, β) η κατάσταση του κυκλοφορικού, γ) προηγούμενες θωρακτομές, δ) γενική κατάσταση ε) άλλες συνοδές παθήσεις οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν το προσδόκιμο επιβιώσεως, στ) ανοσοανεπάρκεια, ζ) η ψυχολογική κατάσταση, η) η οικογενειακή υποστήριξη. Ref. 1) Anzueto A, Jonkinson S. BAL techniques and interpretation of specimens (part 1). Pulmonary Perspectives and Critical Care Update 1992; 7(29):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 44: *Για ποιο λόγο, που έχει σχέση με την χορήγηση αναισθησίας ο βαρύς καπνιστής που πρόκειται να χειρουργηθεί, θα πρέπει να διακόψει το κάπνισμα 48 ώρες πριν την επέμβαση*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Όπως είναι γνωστό ο βαρύς καπνιστής έχει μεγάλο ποσοστό αιμοσφαιρίνης συνδεδεμένη με μονοξειδίο του άνθρακος. Το ποσοστό αυτό της αιμοσφαιρίνης δεν ανιχνεύεται με τις συνήθεις μετρήσεις των μερικών πιέσεων του διοξειδίου του άνθρακος στο αρτηριακό αίμα. Αντιθέτως στις μετρήσεις αυτές υπολογίζεται το συνολικό ποσοστό της συνδεδεμένης αιμοσφαιρίνης με μονοξειδίο του άνθρακος και οξυγόνο. Τούτο έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση του συνολικά περιεχομένου οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα διεγχειρητικών επιπλοκών εάν ειδικά συντρέξουν επιπλέον λόγοι μείωσης του περιεχομένου οξυγόνου (παχυσαρκία, μεγάλη διάρκεια αναισθησίας).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουγουλάκης Σ.

ΕΡΩΤ. 45: *Αύξηση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης από το 50 στο 75% φυσιολογικά απαιτεί μια αύξηση της μερικής τάσης του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα κατά*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Ο όγκος του οξυγόνου που μεταφέρεται με την αιμοσφαιρίνη έχει σχέση με τη μερική τάση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα που καθορίζεται από την καμπύλη οξυγόνωσης της αιμοσφαιρίνης που έχει μορφή σιγμοειδή. Αύξηση του κορεσμού από το 50 στο 75% συμβαίνει στο απότομο τμήμα της καμπύλης και φυσιολογικά απαιτεί μόνο αύξηση της μερικής τάσεως του οξυγόνου κατά 13mmHg. Αύξηση του κορεσμού από το 75 στο 100% συμβαίνει στο ευθύ τμήμα της καμπύλης και φυσιολογικά απαιτεί αύξηση μερικής τάσεως οξυγόνου μεγαλύτερη από 100mmHg. JB West. Respiratory Physiology. Williams, Wilkins. Baltimore 1984, page 69-85.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 46: *Ο βόειος βήχας οφείλεται σε*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Για την πρόκληση του βήχα πρέπει να προηγηθεί προσαγωγή των φωνητικών χορδών και σύγκλιση πλήρης ώστε να κλείσει η σχισμή της γλωττίδας. Σε πρόσφατη παράλυση της μιας φωνητικής χορδής η παράλυτη φωνητική χορδή παραμένει ακίνητη πλησίον της μέσης γραμμής χωρίς να καλύπτεται πλήρως το άνοιγμα της σχισμής της γλωττίδας από την άλλη φωνητική χορδή. Επί χρονίας παράλυσης της μιας φωνητικής χορδής το άνοιγμα της σχισμής της γλωττίδας μπορεί να κλείσει πλήρως από την κίνηση της άλλης φωνητικής χορδής πέραν της μέσης γραμμής που να συναντά την παράλυτη φωνητική χορδή και έτσι να προκαλείται φυσιολογικά ο βήχας. Επί παραλύσεως και των δύο φωνητικών χορδών η σχισμή της γλωττίδας παραμένει πάντα ανοικτή με αποτέλεσμα ο βήχας που προκύπτει να χάνει το θορυβώδη χαρακτήρα και να μοιάζει με βήχα βοός. Crofton-Douglas p.3, 1981. Κρικέλης φυσική εξέταση και διάγνωσης σελίς 199, 1969.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πολυζωγόπουλος Δ.

ΕΡΩΤ. 47: *Ο σχετικός υποαερισμός των κορυφών των πνευμόνων σε σχέση προς τις βάσεις σε άτομο το οποίο αναπνέει ήρεμα σε όρθια θέση εξηγείται από:*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η ενδοθωρακική πίεση είναι περισσότερο αρνητική στις κορυφές σε σχέση με την ενδοθωρακική πίεση στο επίπεδο των βάσεων (σε όρθια θέση). Στην αρχή της εισπνοής οι κυψελίδες των βάσεων είναι επομένως διατεταμένες σε μικρότερο βαθμό από τις κυψελίδες των κορυφών και παρουσιάζουν μεγαλύτερη διατασιμότητα. Κατά συνέπεια μεγαλύτερο μέρος του αναπνεόμενου όγκου κατευθύνεται προς τις βάσεις, ενώ ο αερισμός των κορυφών στη μονάδα του χρόνου είναι μειωμένος. Meyer Ph. La distribution regionale de la ventilation. In: Physiologie Humaine, p.p 1105-1117 Paris, Flammarin, Medecine-Sciences, 1977.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 48: *Σχετικά με τις οζώδεις σκιάσεις που παρατηρούνται στην υπολογιστική τομογραφία υψηλής ευκρίνειας (high resolution computed tomography)*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Αν και ομοιάζουν στην HRCT οι οζώδεις σκιάσεις, είναι πλέον περιγεγραμμένες συγκριτικά με τις κυψελιδικές. Επιπλέον οι οζώδεις σκιάσεις κατά μήκος των μεσολοβιδίων διαφραγμάτων ή οι υποπλευρικές έχουν περιλεμφαγγειακή κατανομή, η οποία χαρακτηρίζει την διάμεση θέση τους και βοηθά στον περιορισμό της διαφοροδιαγνωστικής λίστας. Π.χ. περιλεμφαγγειακή κατανομή όζων σε συνδυασμό με υποπλευρικούς όζους θεωρείται αρκετά διαγνωστική της σαρκοειδώσεως. Επίσης υπούπεζωκοτικοί όγκοι και κεντρολοβιώδεις όζοι έχουν περιγραφεί ως χαρακτηριστικοί σε πυριτίαση και πνευμονοκονίωση των ανθρακορύχων. Ref. 1) Unger J. High resolution CT in diagnosis of diffuse and focal pulmonary disease. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(10):1-8. 2) Webb WR, et al. High resolution CT of the lung. New York, Raven Press, 1992. 3) Muller NL, Miller RR CT of chronic diffuse infiltrative lung disease (Part 1 and 2). Am. Rev. Respir. Dis 1990;120:6-15. 4) Muller NL, Ostrow DN. HRCT of chronic interstitial Lung Disease Clin Chest ned 1991;12:97-114. 5) Hansell DM, Kerr IH. The role of HRCT in the diagnosis of interstitial lung disease. Thorax 1991; 46:77-84.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 49: *Η ανάλυση χυλώδους υπεζωκοτικής συλλογής τυπικά δείχνει*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η πρωτεΐνη στον χυλοθώρακα κυμαίνεται από 2,5-5,9g/dl. Η σχέση χοληστερόλης/τριγλυκεριδίων είναι <1 στον χυλοθώρακα και >1 στον ψευδοχυλοθώρακα. Το pH κυμαίνεται μεταξύ 7,4-7,8 και ο τύπος είναι λεμφοκυτταρικός (σχεδόν 100%). Ινωδογόνο δεν ανευρίσκεται στον χυλοθώρακα. Ref. Teba L et. Chylothorax review. Critical Care Med. 1985;49-52.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 50: *Η πληκτροδακτυλία (clubbing) είναι συχνή εκδήλωση πνευμονικών ή εξωπνευμονικών νοσημάτων όπως ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση, πνευμονικό απόστημα, τετραλογία του Fallot, κίρρωση ήπατος, υποξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα και άλλα. Η παθογένεια της οφείλεται*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Πρόσφατο paper που εξηγεί τη παθογένεια της πληκτροδακτυλίας και της υπερτροφικής οστεοαρθροπάθειας με παθογεννητικό μηχανισμό. Dickinson JC.: The of clubbing and hypertrophic osteoarthropathy. Review paper. European of Clinical 13, 330-338 (1993).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 51: *Η ετήσια μείωση της FEV₁ σε Ελληνες ενήλικες είναι περίπου*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Η Ελληνική τιμή ετήσιας μείωσης της FEV₁ είναι 38ml, μεγαλύτερη από την αντίστοιχη Ασιατική και σχεδόν ίση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Η έκπτωση της FEV₁ είναι μάλλον μικρότερη στα πρώτα χρόνια της ενηλίκου ζωής και μεγαλύτερη σε υπερήλικες. Είναι επίσης μεγαλύτερη σε καπνιστές και σε εργαζόμενους σε χώρους με επαγγελματική ρύπανση. Κ. Γουργουλιάνης, Α. Στέφης, Ν. Φιλίππου, Δ. Ορφανίδου, Κ. Χατζησταύρου, Ι. Ιορδάνογλου. Υπολογισμός των FVC, FEV₁ σε υγιείς Ελληνες ενήλικες ηλικίας 19-32 ετών. Ελληνική Πνευμονολογική Επιθεώρηση 1989; 7:31-34.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 52: *Ο παράπλευρος αερισμός των πνευμόνων γίνεται*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Ο παράπλευρος αερισμός των πνευμόνων γίνεται, από κυψελιδο-κυψελιδικές επικοινωνίες (πόροι του KOHN), βρογχιολο-κυψελιδικές (αγωγοί της LAMBERT) και βρογχιολο-βρογχιολικές (αναστομώσεις του MARTIN).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καμαρούλιας Δ.

ΕΡΩΤ. 53: Ποια από τις παρακάτω διαταραχές δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν άμεση μετεγχειρητική επιπλοκή υπεύθυνη για τη διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας σε εγχειρήσεις άνω κοιλίας

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Για το Ε δεν χρειάζεται σχολιασμός. Είναι επίσης γνωστό ότι παρατηρείται σε όλους τους ασθενείς μείωση της FRC και της TLC μέχρι και 2 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Αντίθετα σχετικά με το Β δεν είναι η υπερέκκριση βρογχικών εκκρίσεων αλλά η μείωση της αποτελεσματικότητας του βήχα λόγω νάρκωσης και πόνου, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κατακράτηση των εκκρίσεων και ατελεκτασίες. Don HF et al. Airway closure, gas trapping and the functional residual capacity during anesthesia. *Anesthesiology* 1972, 36:533-563.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 54: Υπούπεζωκοτικές γραμμές ανευρίσκονται στην υπολογιστική τομογραφία σε

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Οι υπούπεζωκοτικές γραμμές έχουν παρατηρηθεί σε ορισμένους ασθενείς, με διάμεση ίνωση και αμιάντωση. Αν και αρχικά θεωρήθηκε ότι είναι άλλη μια απεικονιστική εκδήλωση της ινώσεως, ο καθορισμός της παραμένει ακόμα ασαφής καθότι έχει βρεθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρούνται απεικονιστικές μεταβολές με την αλλαγή της θέσεως του ασθενούς, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι είναι πιθανόν να αποτελούν ασυνήθη τύπο ατελεκτασίας. Ref. 1) Unger J. High resolution CT in diagnosis of diffuse and focal pulmonary disease. *Pulmonary and Critical Care Update* 1992; 8(10):1-8. 2) Webb WR, et al. High resolution CT of the lung. New York, Raven Press, 1992. 3) Muller NL, Miller RR CT of chronic diffuse infiltrative lung disease (Part 1 and 2). *Am. Rev. Respir. Dis* 1990;1206-15. 4) Muller NL, Ostrow DN. HRCT of chronic interstitial Lung Disease *Clin Chest ned* 1991;12:97-114. 5) Hansell DM, Kerr IH. The role of HRCT in the diagnosis of interstitial lung disease. *Thorax* 1991;46:77-84. ορισμένους

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 55: Η κυτταροκίνη η οποία ευθύνεται περισσότερο για την επιστράτευση ουδετεροφίλων στον πνεύμονα είναι

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η ιντερλευκίνη -8 (IL-8) ευθύνεται περισσότερο για την επιστράτευση (recruitment) των ουδετεροφίλων στον πνεύμονα. Ref. 1) Kunkel SL et al. IL-8: the major neutrophil chemotactic factor in the lung. *Exp Lung Res.* 1991; 17:17-23.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 56: Η κυτταροκίνη η οποία ευθύνεται για την ηωσινοφιλία και την ενεργοποίηση των ηωσινοφίλων είναι

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η IL-5 είναι κυρίως υπεύθυνη για την εωσινοφιλία και την ενεργοποίηση των εωσινοφίλων σε απάντηση παρασιτικής λοίμωξης από ελμίνθες σε πειραματικά μοντέλα ζώων. Ref. Weisler J. Regulation of lymphocyte activation in the lung. *Pulmonary and Critical Care Update* 1993; 8(24):1-7.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 57: Ο υπεραερισμός μπορεί να προκαλέσει

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Ο υπεραερισμός λόγω μείωσης της PCO₂ προκαλεί μείωση της ενδοκράνιας πίεσης μέσω αγγειοσύσπασης των αγγείων του εγκεφάλου και μείωσης του όγκου του. Με τον ίδιο μηχανισμό η αγγειοσύσπαση μειώνει την ροή του αρτηριακού αίματος στον εγκέφαλο και επομένως πιθανώς οδηγεί σε μείωση της οξυγόνωσής του.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζακυνθινός Σ.

ΕΡΩΤ. 58: *Όλα τα παρακάτω είναι ορθά σχετικά με τον χυλοθώρακα εκτός από ένα*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η διάγνωση του χυλοθώρακα γίνεται (με λάθος <1%) όταν τα τριγλυκερίδια στο πλευριτικό υγρό είναι >110mg/dl. Οι τιμές <50mg/dl, έχουν <5% πιθανότητα να είναι χυλοθώρακας. Για τιμές μεταξύ 50-110mg/dl χρειάζεται ηλεκτροφόρηση, όπου η ανεύρεση χυλομικρών επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Η γλυκόζη του χυλοθώρακα κυμαίνεται από 50-90mg/dl και η σχέση είναι μεγαλύτερη από 0.5. Ref. Sudduth D, Sahn S. Chylothorax. Pulmonary and Critical Care Update 1992;8(13):1-6.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 59: *Ασθενής άνδρας 60 ετών εισάγεται στο νοσοκομείο με παρατεινόμενο εμπύρετο. Από την διερεύνηση διαπιστώνεται μη μικροκυτταρικό βρογχογενές καρκίνωμα δεξιού πνεύμονος T2. Στην αξονική αναδεικνύονται παρατραχειακοί λεμφαδένες μεγαλύτεροι του 1,5cm. Ο λοιπός έλεγχος για μεταστάσεις απέβη αρνητικός. Ποιο θεωρείται το επόμενο βήμα για τον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής. Σπινθηρογράφημα με Ga67*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η ιστολογική τεκμηρίωση ή αποκλεισμός της μετάστασης στους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες θα οδηγήσει σωστά τον γιατρό στην σωστή σταδιοποίηση της νόσου και στην ενδεικνυόμενη για το στάδιο αυτό θεραπεία. Το Sc με Ga67 μπορεί να δώσει ψευδώς θετικά αποτελέσματα.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ηλιάδης Κ.

ΕΡΩΤ. 60: *Η εφαρμογή εξωτερικής πίεσεως (δύναμης) στην επιφάνεια του θωρακικού τοιχώματος επιφέρει αλλαγές στην λειτουργική υπολειπομένη χωρητικότητα (FRC)*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η εφαρμογή εξωτερικής πίεσεως στο θωρακικό τοίχωμα όπως πχ. η ελάττωση σε νεογνό (Agostoni et al JAP 21:251-258, 1966) ελαττώνει την FRC τουλάχιστον κατ'αρχάς γιατί επηρεάζει την καμπύλη χάλασης του θωρακικού τοιχώματος (Pw) (Textbook of Respiratory Medicine 1:116, 1988 Murray-Nadel).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φραγκουλάκης Δ.

ΕΡΩΤ. 61: *Το πλευριτικό υγρό σε κακοήθη υπεζωκοτική συλλογή σε σχέση με την υπεζωκοτική συλλογή που συνοδεύει το μεσοθηλίωμα έχει*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η υπεζωκοτική συλλογή που συνοδεύει το μεσοθηλίωμα έχει σε σχέση με την κακοήθη υπεζωκοτική συλλογή μεταστατικού νεοπλάσματος στον υπεζωκότα στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες τιμές πρωτεϊνών και LDH. Η τιμή της γλυκόζης του πλευριτικού υγρού είναι μικρότερη και το pH περισσότερο όξινο. Sahn SA. Malignant pleural effusions. Clinics in Chest 1985, 6:113-125.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 62: *Ποιο από τα παρακάτω ένζυμα δεν αποτελεί εκκαθαριστή ελευθέρων ριζών οξειγόνου*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η αδενοσίνη είναι εκκαθαριστής (Scavenger) ελευθέρων ριζών οξειγόνου, ενώ η απαμινάση της αδενοσίνης, που συμμετέχει στον καταβολισμό των πουρινών καταλύοντας την οδό από την αδενοσίνη στην ινοσίνη δεν είναι εκκαθαριστής των ριζών οξειγόνου. Οι υπόλοιπες 4 ουσίες της ερώτησης είναι πράγματι εκκαθαριστές των ελευθέρων ριζών οξειγόνου. Ε. Οικονόμου: Η βιοχημεία των ελευθέρων ριζών οξειγόνου. Εκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών 1993, σελ. 36.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κοτσοβούλου Β.

ΕΡΩΤ. 63: Ποιο από τα παρακάτω φωσφολιπίδια βρίσκεται σε μεγαλύτερη αναλογία στην επιφανειοδραστική ουσία των κυψελίδων

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Η φωσφατιδυλοχολίνη ή λεκιθίνη αποτελεί το 61-62% περίπου της επιφανειοδραστικής ουσίας (SURFACTANT) των κυψελίδων αν και η αναλογία της ποικίλλει, όπως άλλωστε και όλων των άλλων συστατικών της.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καμαρούλιας Δ.

ΕΡΩΤ. 64: Ποια από τις παρακάτω ουσίες αποτελεί εκκαθαριστή ελευθέρων ριζών οξειγόνου

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Όλες οι παραπάνω ουσίες καθώς και η σ-τοκοφερόλη το β-καροτένιο η α2 βουζίνη, η λακτοφερρίνη κ.α. αποτελούν τη δεύτερη ενδογενή γραμμή άμυνας του οργανισμού στη βλαπτική δράση των ελευθέρων ριζών οξειγόνου. Ε.Οικονόμου: Η βιοχημεία των ελευθέρων ριζών οξειγόνου. Εκδοση Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών 1993, σελ. 38.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κοτσοβούλου Β.

ΕΡΩΤ. 65: Στο αορτικό τρήμα (aortic hiatus) ο θωρακικός πόρος (thoracic duct) ευρίσκεται

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Ο θωρακικός πόρος ξεκινά από την χυλώδη δεξαμενή (cisterna chyloae) στην κοιλιά και ανέρχεται μέσω του αορτικού χιάσματος ακριβώς εμπροσθεν των σπονδυλικών σωμάτων δεξιά, μεταξύ αορτής και αζύγου φλεβός. Στο ύψος του 5ου θωρακικού σπονδύλου αλλάζει πορεία προς τα αριστερά κατά μήκος της αορτής, εισέρχεται στον θώρακα, όπου ακολουθεί πορεία πίσω από την οισοφάγο και χύνεται στο φλεβικό σύστημα κοντά στην συμβολή της αριστερής υποκλειδίου και των σφαγιτίδων φλεβών. Ref. Sudduth D, Sahn S. Chylothorax. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(13):1-6.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 66: Από τα πιο κάτω η πλέον χρήσιμη εξέταση για την εκτίμηση των ενδοπνευμονικών διαταραχών της ανταλλαγής των αερίων είναι ένα από τα παρακάτω

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Το O₂ διαπερνά την κυψελιδοτριχοειδική μεμβράνη και φθάνει στο αίμα με παθητική διάχυση. Η A-a gradient έχει χρησιμοποιηθεί ως ένας δείκτης της επάρκειας της μεταφοράς O₂ δια της κυψελιδοτριχοειδικής μεμβράνης. Οι φυσιολογικές τιμές για την A-a gradient είναι μεταξύ 5 και 15mmHg. Αυξημένη A-a gradient υποδηλώνει διαταραχές στην σχέση αερισμού-αιμάτωσης, ΔΕ-AP Shunt ή ελάττωση της διάχυσης Η A-a gradient μπορεί να αυξηθεί σημαντικά σε πνευμονική εμβολή, πνευμονία, ατελεκτασία, απόφραξη αεραγωγών, πνευμονικό οίδημα.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φλώρος Ι.

ΕΡΩΤ. 67: Σημειώστε ποια από τα κάτωθι είναι λανθασμένο

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Το PCO₂ είναι ανεξάρτητο θέσης σώματος και δεν μεταβάλλεται με την πάροδο της ηλικίας.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ρούτση Χ.

ΕΡΩΤ. 68: Σε καρκίνο rapcoast (μη μικροκυτταρικού τύπου) χωρίς επέκταση στη σπονδυλική στήλη και στο μεσοθωράκιο τι θεραπεία θα εφαρμόσετε

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η θεραπεία που εφαρμόζεται σε όγκο rapcoast μη μικροκυτταρικού τύπου είναι η ακτινοβολία του όγκου με 3000-4000cGy για διάστημα 3-4 εβδομάδων, και χειρουργική αφαίρεση του όγκου μετά από 3-

4 εβδομάδες από το τέλος της ακτινοθεραπείας. Η προεγχειρητική ακτινοβολία εφαρμόζεται για να μειωθεί το μέγεθος του όγκου και έτσι να καταστεί δυνατή η πλήρης αφαίρεση του όγκου. Η χειρουργική εκτομή του όγκου γίνεται πολύ πλησίον της υποκλείδιας αρτηρίας, του βραχιονίου πλέγματος και του σώματος των σπονδύλων και έτσι δεν είναι δυνατόν να γίνει ευρεία εκτομή του όγκου. Στις αντενδείξεις για χειρουργική εκτομή του όγκου περιλαμβάνονται η εκτεταμένη διήθηση του βραχιονίου πλέγματος και της υποκλείδιας αρτηρίας καθώς και του σώματος των γειτονικών σπονδύλων και των αδένων του μεσοπνευμονίου. Στις περιπτώσεις που δεν μπορεί να εφαρμοσθεί χειρουργική εκτομή του όγκου εφαρμόζεται μόνον ακτινοθεραπεία. Faber L.P.: Issues in the management of chest Malignancies. Clin Chest Med. 13:113, 1992.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πολυζωγόπουλος Δ.

ΕΡΩΤ. 69: *Όταν στον ένα πνεύμονα υπάρχει όγκος διαμέτρου 3cm που οφείλεται σε μικροκυτταρικό καρκίνο και στην αξονική τομογραφία εγκεφάλου μονήρης μεταστατικές όζος τι θεραπεία θα εφαρμόσετε*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και εγκεφαλική μετάσταση πρέπει να υποβάλλονται αμέσως σε ακτινοβολία εγκεφάλου (30-40Gy σε διάστημα 2-4 εβδομάδων) και συστηματική χημειοθεραπεία. Αν και η χημειοθεραπεία μπορεί να αναστείλλει την αύξηση της εγκεφαλικής μετάστασης, η ακτινοθεραπεία εγκεφάλου είναι αναγκαία επειδή τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την χημειοθεραπεία δεν διέρχονται το φραγμό αίματος-εγκεφάλου. Johnson B.E.: Management of Small Cell lung Cancer. Clin Chest Med. 14, 173, 1993)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πολυζωγόπουλος Δ.

ΕΡΩΤ. 70: *Ποιο από τα κακοήγη νεοπλασμάτα εκτός του θώρακος είναι το πιο συχνό αίτιο του συνδρόμου της άνω κοίλης φλέβας*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Βάση της βιβλιογραφίας μετά τον καρκίνο του πνεύμονα (10% στο μικροκυτταρικό Ca πνεύμονος), η συνηθέστερη αιτία είναι ο καρκίνος του μαστού (60% από όλες τις άλλες αιτίες μεταστατικές). (Schvanfnanagel DE, Am J Med 1981, 70:1169-74).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 71: *Η χειρουργική θεραπεία βρογχογενούς καρκίνου αντενδείκνυται όταν*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η χειρουργική θεραπεία δεν έχει καμιά θέση στην αντιμετώπιση βρογχογενούς καρκίνου με διήθηση ετερόπλευρων πυλαίων λεμφαδένων, ή των ομόπλευρων ή ετερόπλευρων υπερκλειδίων ή σκαληνών λεμφαδένων (N3) (Στάδιο III B). Οι ασθενείς με βρογχογενές καρκίνωμα που συνοδεύεται από υπεζωκοτική συλλογή με θετική κυτταρολογική εξέταση του υγρού (T4), ή που έχουν απομεμακρυσμένες μεταστάσεις εξωπνευμονικές (Στάδιο IIIB και IV αντίστοιχα), είναι ακατάλληλοι για χειρουργική θεραπεία. Επίσης οι ασθενείς με προβλεπόμενη μετεγχειρητική τιμή του FEV₁ λιγότερο από 850ml, δεν πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία, διότι θα αναπτύξουν αναπνευστική ανεπάρκεια.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Νταχάμπρε Τ.

ΕΡΩΤ. 72: *Ποια από τις παρακάτω κακοήθειες αποτελεί την συχνότερη αιτία εμφάνισης συνδρόμου άνω κοίλης*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Έχει διαπιστωθεί ότι το 31% του συνόλου των ασθενών με σύνδρομο άνω κήλης πάσχουν από μικροκυτταρικό Ca πνεύμονα με δεύτερο σε συχνότητα το πλακώδες (17%). Στο σύνολο των ασθενών με πρωτοπαθή βρογχογενή καρκίνο και σύνδρομο άνω κήλης, το μικροκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 46% των περιπτώσεων και το επιδερμοειδές το 25%. Η υπεροχή των δύο αυτών ιστολογικών τύπων εξηγείται από την συχνότερη κεντρική τους εντόπιση. 1. De Vita VT Jr. Principles and Practice in Oncology. Lippincot

JB eds. Philadelphia 2nd edition 1985. Pages 1856-1857. 2. Perez CA: Management of superior vena cava syndrome: Semin Oncol 5; 123-134, 1978.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαμαντάς Ε.

ΕΡΩΤ. 73: Στο βρογχογενές καρκίνωμα τα ακόλουθα συνηγορούν για ανεγχείρητο βλάβη

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η παράλυση του ημιδιαφράγματος συνηγορεί για επέκταση του όγκου στο μεσοθωράκιο και βλάβη του φρενικού νεύρου. Θεωρητικά η πλευριτική συλλογή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα πνευμονίας εμφανιζομένης πέραν της αποφράξεως του βρόγχου από χειρουργήσιμο όγκο. Πρακτικά όμως σχεδόν πάντοτε υποδηλώνει επέκταση του όγκου στον υπεζωκότα ή διακοπή της λεμφικής ροής από επινέμηση λεμφαδένων του μεσοθωρακίου. Τα Β και Γ είναι μη μεταστατικές εκδηλώσεις της νόσου και είναι δυνατόν να υποστρέψουν μετά την αφαίρεση του όγκου.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κυρούσης Δ.

ΕΡΩΤ. 74: Η αντιμετώπιση υποτροπιάζουσας κακοήθους νεοπλασματικής συλλογής σε ασθενείς με γνωστό μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα γίνεται ακολούθως

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η συστηματική χημειοθεραπεία δεν έχει θέση στο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα λόγω της γνωστής ανθεκτικότητας αυτού του καρκίνου στα κυτταροστατικά φάρμακα σε αντίθεση με το μικροκυτταρικό καρκίνο ή το καρκίνο του μαστού με υπεζωκοτική νεοπλασματική συλλογή. Η φαρμακευτική πλευρόδεση με μπλεομυκίνη ή άλλα φάρμακα με την εισαγωγή σωλήνα παροχέτευσης θώρακος δίνει καλά αποτελέσματα μέχρι και 70% των περιπτώσεων ελέγχου της αναπαραγωγής του υγρού. Η τοποθέτηση πλευροπεριτοναϊκή βαλβίδας δεν εφαρμόζεται ευρέως στη χώρα μας και γίνεται όταν αποτύχει η χημική πλευροδεσία. Sahn SA. Clinics in Chest Medicine 1982, 3(2):443-452.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βεσλεμές Μ.

ΕΡΩΤ. 75: Ποια από το παρακάτω εξωπνευμονικά κακοήθη πρωτοπαθή νεοπλάσματα δίδει συχνότερα ενδοβρογχικές μεταστάσεις

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Από τα κακοήθη νεοπλάσματα που η πρωτοπαθής εστία εντοπίζονται εκτός των πνευμόνων ο καρκίνος του μαστού δίδει συχνότερα ενδοβρογχικές μεταστάσεις. Shapher M.P.: Endobronchial metastatic disease. Thorax 32:362, 1982. Fraser-Paret σελ. 1642, 1989.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πολυζωγόπουλος Δ.

ΕΡΩΤ. 76: Ασθενής καπνιστής με ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας παρουσιάζεται στο ιατρείο με επιδείνωση δύσπνοιας. Στην κλινική εξέταση ανευρίσκεται οίδημα του δεξιού άνω άκρου του τραχήλου και του προσώπου. Παρατηρείται επίσης διάταση των φλεβών του θωρακικού τοιχώματος και υπερκλειδίου λεμφαδένας 2-3 εκατοστών. Η εξέταση των πνευμόνων δεν αποκαλύπτει καινούργια ευρήματα. Η ακτινογραφία θώρακος παρουσιάζει σκίαση στην δεξιά παρατραχειακή και πυλαία χώρα χωρίς μετατόπιση της τραχείας. Η αξονική τομογραφία θώρακος δείχνει τα ίδια ευρήματα και πίεση της άνω κοίλης από την πνευμονική μάζα. Συνιστάται ως πρώτη ενέργεια

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ο ασθενής σας έχει σύνδρομο άνω κοίλης, επιβεβαιωμένο από την αξονική ιστολογική διάγνωση πριν την θεραπεία είναι χρήσιμη στον προσδιορισμό της θεραπείας. Εάν η διάγνωση είναι λέμφωμα ή μικροκυτταρικός Ca πνεύμονος η πρώτη παρέμβαση μπορεί να είναι χημειοθεραπευτική. Το σύνδρομο άνω κοίλης δεν απαιτεί θεραπεία αμέσως εάν δεν υπάρχει πίεση της τραχείας. Εάν ακτινοβοληθεί ολόκληρη η περιοχή με νόσο, μπορεί να μην είναι δυνατή η λήψη βιοψίας και σε ένδειξη χημειοθεραπείας στο μέλλον το

θεραπευτικό σχήμα δεν θα μπορεί να καθοριστεί σωστά. Η φλεβογραφία δεν θα προσφέρει σημαντικές πρόσθετες πληροφορίες και ο έλεγχος πνευμονικής λειτουργίας μπορεί να γίνει αργότερα.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ραζή Ε.

ΕΡΩΤ. 77: *Ποιο από τα παρακάτω ζεύγη δεν έχει σχέση αιτίου-αποτελέσματος*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ο βρογχοκυψελιδικός καρκίνος του πνεύμονος εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με ιστορικό πνευμονικής ίνωσης, έκθεση σε αμιάντο, χρόνιες πνευμονίτιδες, σκληρόδερμα και νόσο Hodgkins αλλά δεν προκαλείται από το κάπνισμα. Γι' αυτό τον λόγο κάθε νέα σκίαση σε ακτινογραφία θώρακος ασθενών με ίνωση ή χρόνια πνευμονίτιδα, έκθεση σε αμιάντο κλπ θα πρέπει να θεωρείται ύποπτη για βρογχοκυψελιδικό Ca. Το *emyc* ογκογονίδιο της οικογένειας ογκογονιδίων RAS είναι από τα πρώτα που φάνηκαν να έχουν αιτίατη σχέση με τον μικροκυτταρικό large cell type. Έκθεση σε αρσενικό και φυσικά το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει Ca πνεύμονος όλων των τύπων εκτός από βρογχοκυψελιδικό. Ο αμιάντος προκαλεί μεσοθηλίωμα και το κάπνισμα λειτουργεί συνεργικά.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ραζή Ε.

ΕΡΩΤ. 78: *Ασθενής ηλικίας 45 ετών που πάσχει από στεφανιαία νόσο (στένωση στελέχους 90%) και διαπιστώνεται ότι πάσχει και από βρογχογενή καρκίνο T2N0M0. Η θεραπεία εκλογής είναι*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Οι ασθενείς που έχουν σημαντική βλάβη του στελέχους (αρισ. στεφανιαίας αρτηρίας), πρέπει να υποβληθούν σε εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης ακόμα και όταν έχουν κακοήθη όγκο, που βρίσκεται φυσικά σε αρχικό στάδιο. Η προτιμότερη τακτική για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών είναι η σύγχρονη διενέργεια αορτοστεφανιαίας παράκαμψης και εκτομής του όγκου. Η εκτομή του όγκου σε πρώτη φάση χωρίς τη διόρθωση της στεφανιαίας νόσου, ενέχει σημαντικούς κινδύνους περιεγχειρητικού εμφράγματος.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Νταχάμπρε Τ.

ΕΡΩΤ. 79: *Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε πνευμονεκτομή για βρογχογενές καρκίνωμα*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Κατά τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην προεγχειρητική εκτίμηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας των ασθενών, που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία για βρογχογενή καρκίνο. Παρά την μεγάλη πρόοδο στην χειρουργική τεχνική και την αναισθησία ως και την ανεκτίμητη προσφορά της άμεσης μετεγχειρητικής παρακολούθησης και υποστήριξης των ασθενών από τις μονάδες εντατικής θεραπείας, η πνευμονεκτομή συνοδεύεται από θνησιμότητα που φτάνει στο 6,2% και από υψηλό ποσοστό εμφάνισης καρδιολογικών αρρυθμιών. Επίσης η εμφάνιση ρήξης του κολοβάματος είναι σοβαρή επιπλοκή, που εμφανίζεται σε ποσοστό 3 μέχρι 15%.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Νταχάμπρε Τ.

ΕΡΩΤ. 80: *Τα παρακάτω αίτια προσβολής του πνευμονικού παρεγχύματος είναι συχνά σε άτομα με διάφορου τύπου ανοσοκαταστολή. Ολα μπορεί να εμφανιστούν με ογκόμορφη ακτινολογική απεικόνιση. Πιο νομίζετε ότι εμφανίζεται πιο συχνά με αυτή την ακτινολογική μορφή*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Ο κρυπτόκοκκος αν και σχετικά σπάνια λοίμωξη των ανοσοκατασταλαμένων, εμφανίζεται πιο συχνά με την μορφή όγκου στους κάτω κυρίως λοβούς. Ο ακτινομύκης έπεται σε συχνότερα ογκόμορφες απεικονίσεις με συχνή προσβολή και πλευρά, ενώ το μυκήτωμα του ασπεργίλλου (ασπεργίλλωμα) ευρίσκεται σε προσχηματισμένη κοιλότητα.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καραγιαννίδης Ν.

ΕΡΩΤ. 81: *Ασθενής 48 ετών εμφανίζει στην ακτινογραφία του θώρακα σκίαση διαμέτρου 4cm στον αριστερό κάτω λοβό του πνεύμονα. Κατά τη βρογχοσκόπηση διαπιστώνεται εξωφυτική μάζα κατά τον έξω τμηματικό βρόγχο του αριστερού κάτω λοβού. Η βιοψία της μάζας δείχνει επιδερμοειδή καρκίνο. Η υπολογιστή τομογραφία του θώρακα δείχνει σκιάσεις στο μεσοθωράκιο διαμέτρου 1,5-2,0cm. Λεπτομερής παρακλινικός έλεγχος δεν αποκαλύπτει μακρυσμένες μεταστάσεις. Η αντιμετώπιση του αρρώστου πρέπει να είναι η ακόλουθη*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Αν ο ασθενής εμφανίζει μεταστάσεις στους δεξιούς μεσοθωρακικούς λεμφαδένες (N3) ενδεχόμενο που δεν μπορεί να αποκλειστεί από τα υπάρχοντα δεδομένα η διενέργεια αριστερής θωρακοτομής στερείται σκοπιμότητας για δύο λόγους: Πρώτον διότι δεν υπάρχει ένδειξη εκτομής του όγκου και δεύτερον διότι με αριστερή θωρακοτομή δεν είναι δυνατόν να διερευνηθούν οι δεξιοί μεσοθωράκιοι λεμφαδένες μόνον μετά από μεσοθωρακοσκόπηση και βιοψία τόσο των δεξιών όσο και των αριστερών λεμφαδένων του μεσοθωρακίου μπορεί να καθορισθεί η περαιτέρω αντιμετώπιση του αρρώστου. Ιατρική 58:618-632, 1990.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Δόσιος Θ.

ΕΡΩΤ. 82: *Ο ασθενής με όγκο Pancoast που υποβάλλεται σε χειρουργική θεραπεία έχει κακή πρόγνωση όταν*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Οι όγκοι PanCoast που συνοδεύονται από διήθηση των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου, διήθηση των υποκλειδίων αγγείων, διήθηση του ανωτέρου τμήματος του βραχιονίου πλέγματος και του σώματος ενός ή περισσοτέρων σπονδύλων έχουν κακή πρόγνωση. Η διήθηση των πλευρών και του αστεροειδούς γαγγλίου δεν επηρεάζει την πρόγνωσή τους, μετά από ριζική εκτομή του όγκου σε υγιές έδαφος.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Νταχάμπρε Τ.

ΕΡΩΤ. 83: *Η χειρουργική θεραπεία του βρογχογενούς καρκίνου που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα (T3) αντενδείκνυται όταν*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η απόφαση για την χειρουργική θεραπεία ενός όγκου T3, που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα (T3), δεν επηρεάζεται από τον αριθμό των διηθημένων πλευρών, το βάρος της διήθησης και το μέγεθος του όγκου. Ο ασθενής που έχει όγκο που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα με διήθηση των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου, δεν επωφελείται σημαντικά από την εγχείρηση ενώ οι ασθενείς με θετική κυτταρολογική εξέταση του υγρού, που συνοδεύει βρογχογενές καρκίνωμα, δεν πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Νταχάμπρε Τ.

ΕΡΩΤ. 84: *Το βασικότερο φάρμακο σε συνδυασμένη χημειοθεραπεία μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα είναι ένα από τα παρακάτω*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η Cis-platinum αποτελεί βασικό χημειοθεραπευτικό παράγοντα στη συνδυασμένη χημειοθεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα με ποσοστά ανταποκρίσεων ανάλογα το στάδιο (IIA, IIB ή V) από 30-70%. Bunn PA 3r. The espending role of cis-platin in the treatment of non-small-cell lung cancer. Semin Oncol 1989; 16(4Suppl 6):10-21.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαμαντάς Ε.

ΕΡΩΤ. 85: *Ποιο από τα παρακάτω δεν είναι σωστό*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η παρανεοπλασματική υπερασβεστιαμία που οφείλεται σε έκκριση ουσίας με δράση παρόμοια της παραθορμόνης παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς που πάσχουν από επιδερμοειδή καρκίνο του πνεύμονα και πολύ σπάνια σε μικροκυτταρικό τύπο. Bunn PA Jr, Hidgway ES. Paraneoplastic syndromes. In

De Vita V.T.Jr Cancer: Principles and Practice of Oncology 3rd edition, Philadelphia. Pa: GB Lippincott Co; 1986:1896-1940.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαμαντάς Ε.

ΕΡΩΤ. 86: Ποια από τις παρακάτω ουσίες θεωρείται αποδεκτή σαν δείκτης όγκου (tumor marker) στον μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η NSE θεωρείται αποδεκτός δείκτης όγκου στον μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Ανευρίσκεται αυξημένη στο 50-60% των ασθενών με περιορισμένη νόσο και στο 80-90% των ασθενών με εκτεταμένη νόσο. Μπορεί να βρεθεί αυξημένη και σε ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο αλλά σχεδόν ποτέ σε επίπεδα >25μg/ml που αποτελεί συχνό εύρημα σε ασθενείς με μικροκυτταρικό τύπο. Mogens Hansen. Tumor Markers in small cell lung cancer. In: Lung Cancer: Status and Future perspectives, Fred H. Hirsh ed 1993, p. 31-40

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαμαντάς Ε.

ΕΡΩΤ. 87: Σε ποια ομάδα λεμφαδένων μεσοθωρακίου μεθίσταται συχνότερα βρογχογενές καρκίνωμα του δεξιού άνω λοβού

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Υπάρχουν λεμφαδενικές οδοί μεταξύ πνευμόνων και μεσοθωρακίου. Έτσι η λεμφαδενική οδός από τον ΔΑΛ είναι απευθείας στους δεξιούς παρατραχειακούς. (Thoracic Oncology 1989)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ηλιάδης Κ.

ΕΡΩΤ. 88: Σε ασθενείς με γνωστή ή υποψία HIV λοίμωξης το όριο για μια θετική δερματική φυματινοαντίδραση είναι τα

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Το όριο (cut of point) θετικής φυματινοαντιδράσεως (Mantoux) σε άτομα με HIV λοίμωξη είναι τα 5mm. Ref. 1) Chaisson RE, Shitkin G. AIDS commentary: tuberculosis and HIV infection. J Inf Dis 1989; 159:96-100. 2) Mitter B, Snider DE. Tuberculosis in patients with HIV infection. Pulmonary and Critical Care Update 1991; 7(7):1-6.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 89: Ομάδες αυξημένου κινδύνου για φυματίωση είναι όλες οι παρακάτω εκτός από

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Παράγοντες αυξημένου κινδύνου για φυματίωση είναι λοίμωξη HIV, πρόσφατη επαφή με μεταδοτικά άτομα, πρόσφατη μετατροπή της Mantoux, παθολογική ακτινογραφία θώρακος, ενδοφλέβια χρήση τοξικών ουσιών, καθώς και ορισμένες παθολογικές καταστάσεις. Η δερμοαντίδραση της φυματίνης σε άτομα με HIV λοίμωξη θεωρείται θετική, όταν είναι > και ίση 5mm. Ref. 1) Greenberg S, Atmar R. Prevention of community-acquired respiratory infections. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 7(17):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 90: Βασικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά της άτυπης πνευμονίας είναι

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Το συνηθέστερο αίτιο της άτυπης πνευμονίας είναι το μικρόπλασμα της πνευμονίας. Η κλινική της εικόνα περιλαμβάνει συστηματικά συμπτώματα, μη παραγωγικό βήχα, ίσως βλεννώδη απόχρεμψη. Φυσικά σημεία πύκνωσης δεν υπάρχουν. Λευκοκυττάρωση συνήθως δεν υπάρχει. Η χρώση πτυέλων κατά Gram αποκαλύπτει ουδετερόφιλα αλλά όχι επικρατούντα παθογόνα μικρόβια.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 91: *Πως θα ενεργήσετε, εάν κατά την διάρκεια θεραπείας TBC λεμφαδενίτιδος παρουσιαστεί διόγκωση των ήδη διογκωμένων λεμφαδένων ή άλλων, ετεροπλεύρη ή αμφοτερόπλευρη*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η πορεία της νόσου των λεμφαδένων ποικίλλει όχι από θεραπευτικής άποψης αλλά από σειρά εκδηλώσεων αυτών όπως σχηματισμού αποστήματος αύξηση του μεγέθους, εμφάνιση νέων διογκωμένων λεμφαδένων κ.λ.π. Δεν έχει αποδειχθεί ότι οι εκδηλώσεις αυτές είναι αποτέλεσμα αποτυχίας του θεραπευτικού σχήματος ή επαναδραστηριοποιητές της νόσου. Ομαλή πορεία αντί εκδηλώσεις είχαμε στο 71%. Νέοι αδένες εμφανίστηκαν σε 14% και επί των ήδη διογκωμένων είχαμε αύξηση το 12% κυρίως μέσα στο διάστημα της θεραπείας. Σε 9% είχαμε ψηλαφητοί λεμφαδένες μετά το τέλος της θεραπείας. Ουδεμία εμφανής βακτηριολογική υποτροπή επιβεβαιώθηκε. Οι διογκωμένοι λεμφαδένες θεωρείται της αντιδραστικής αιτιολογίας. Thorax 1985, 4:223 Thorax 1990, 45:403

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καπετανέας Σ.

ΕΡΩΤ. 92: *Η παραπνευμονική συλλογή είναι πιο συχνή σε πνευμονία από*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η πιο συχνή αιτία παραπνευμονικής συλλογής είναι η πνευμονία που οφείλεται σε Gram+ (θετικούς) κόκκους. Ο στρεπτόκοκκος μάλιστα της πνευμονίας κάνει υπεζωκοτική αντίδραση σε ποσοστά 66-86%. Δεύτερη σε συχνότητα έρχεται η πνευμονία από Gram- κόκκους, ιδίως κλεμπσιέλλα. Η πνευμονία από μυκόπλασμα και ιούς είναι σπάνιο αίτιο παραπνευμονικής συλλογής.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καραγιαννίδης Ν.

ΕΡΩΤ. 93: *Στην κεγχροειδή φυματίωση*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η κεγχροειδής φυματίωση οφείλεται σε αιματογενή διασπορά του βακίλου της φυματίωσης. Η ονομασία της προέρχεται από την κλασική ακτινολογική εικόνα των πολλαπλών πνευμονικών βλαβών μεγέθους "κέγχρου". Η ακτινογραφία μπορεί να είναι φυσιολογική για μήνες πριν την εμφάνιση της τυπικής εικόνας. Ορισμένοι ασθενείς, κυρίως ηλικιωμένοι πιθανόν να εμφανίζουν ελάχιστη συμπτωματολογία με οστικά ευρήματα, ανεξήγητη αναμία ή πυρετό, για μακρό διάστημα πριν την διάγνωση. Η δερμοαντίραση φυματίνης μπορεί να είναι αρνητική ιδιαίτερος στους βαρέως πάσχοντες. Η υποκαλιαιμία αποτελεί κλασσικό εύρημα, χωρίς να υπάρχει σαφής εξήγηση για την αιτιολογία της.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κυρούσης Δ.

ΕΡΩΤ. 94: *Ποιες από τις παρακάτω πνευμονικές παθήσεις προκαλούν κοιλότητες στον πνεύμονα*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ:

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μαυρομάτης Α.

ΕΡΩΤ. 95: *Ποιο από τα κατωτέρω κλινικοεργαστηριακά ευρήματα είναι πιο ισχυρό για την διάγνωση πνευμονίας από μυκόπλασμα*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η φυσαλιδώδης τυμπανίτις που επισκοπείται εύκολα με ωτοσκόπιο, είναι παθογνωμονικό εύρημα στην μυκοπλασματική πνευμονία. Οι διάχυτοι μουσικοί ρόγχοι (ρεγχάζοντες) είναι πιο συχνό ακροαστικό εύρημα χωρίς να αποκλείονται και μη μουσικοί ρόγχοι. Συχνή είναι και η απουσία ακροαστικών ευρημάτων. Οι ψυχροσυγκολλητίνες ανιχνεύονται στο 50% των περιπτώσεων μετά την πρώτη εβδομάδα. Συνήθως είναι η απουσία πυσσφαιρίων στα πτύελα, χωρίς να αποκλείεται και παρουσία αυτών. Το μυκόπλασμα δεν φαίνεται στην Gram χρώση. Τέλος αν και η πιο συχνή απεικόνιση είναι αμφοτερόπλευρες ή ετερόπλευρες κυψελιδικές ή και διαμέσου τύπου διηθήσεις, εντούτοις μπορεί να υπάρχει και πύκνωση λοβώδης ή και πλευριτική συλλογή.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καραγιαννίδης Ν.

ΕΡΩΤ. 96: *Ποιο από τα παρακάτω προκαλεί διάμεση πνευμονίτιδα σε ασθενείς με μεταμόσχευση μυελού των οστών*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: 50% των διάμεσων πνευμονίτιδων οφείλονται σε CMV σε ασθενείς με αλλογενή μεταμόσχευση μυελού (σε μη αλλογενή >50% των πνευμονίτιδων είναι ιδιοπαθείς). Αν και μικρότερα ποσοστά οι λοιμώξεις από *Pneumocystis carinii* και ιούς όπως ο ιός του έρπητος (απλού και ζωστήρος) και από αδενοϊούς πρέπει να τεθούν στη διαφορική διάγνωση και να ελεγχθούν. Melucher et al: Infections in the immunocompromised host. In: Critical Care Givetta JM, Tayloer RW, Kirby RR (eds), Philadelphia, JB Lippincott, 1988.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 97: *Ποιο από τα κάτωθι είναι το λιγότερο συχνό αίτιο πνευμονικού αποστήματος*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η πνευμονία από πνευμονιόκοκκο χαρακτηρίζεται συνήθως από την απότομη έναρξη των συμπτωμάτων (πυρετός, ρίγος, πλευριτικός πόνος) και από την πιθανότητα να δημιουργήσει νέκρωση του πνευμονικού παρεγχύματος (απόστημα). Τα συνηθέστερα αίτια πνευμονιών, που δημιουργούν πνευμονικό απόστημα είναι ο σταφυλόκοκκος ο χρυσίζων, τα αναερόβια και τα gram- αρνητικά.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 98: *Ποιος μικροοργανισμός από τους κάτωθι αν απομονωθεί στο υλικό της βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης δεν είναι ειδικός για την διάγνωση της πνευμονίας*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Αν από το υλικό της ΒΚΕ απομονωθούν οι κάτωθι μικροοργανισμοί α. Πνευμονοκύστη καρίνι, β. Τοξόπλασμα, γ. Στρογγυλοειδές, δ. Λετζιονέλλα, ε. Ιστόπλασμα, στ. Μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, ζ. Μυκόπλασμα, η. συγκυτιακός ιός, είναι διαγνωστική για την διάγνωση της πνευμονίας. Μη διαγνωστική είναι αλλά μπορεί να βοηθήσει όταν απομονωθούν από το υλικό της ΒΚΕ οι κάτωθι μικροοργανισμοί. α. Ιός απλού έρπητος και CMV, β. βακτήρια, γ. Ασπέργιλλος, δ. Κάντιπα, ε. Κρυπτόκοκκος, ζ. Ατυπα μυκοβακτηρίδια (Am J Thor. Society in ARRD, 1990, 142:481-6).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 99: *Η "δίκην γαλακτοχρόου υάλου" (ground glass) απεικόνιση του πνεύμονος σχετίζεται με*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για την περιγραφή ομοιογενούς, με ασαφή όρια νεφελοειδούς, γκριζας, σκιάσεως του παρεγχύματος, η οποία είναι αποτέλεσμα μεταβολών του παρεγχύματος κάτω από την ουδό της συμβατικής υπολογιστικής τομογραφίας (CT). Είναι μη ειδικό εύρημα και ανευρίσκεται χαρακτηριστικά σε ενεργό κυψελιδίτιδα, αν και είναι δυνατόν να σχετίζεται και με διάμεσες βλάβες ιστολογικά. Χαρακτηριστικά δεν ασαφοποιεί τα αγγεία σε αντίθεση με την πύκνωση (consolidation). Συνήθως είναι σημείο ίασεως του πνεύμονος μετά από ένα σοβαρό βλαπτικό παράγοντα (πχ. ARDS). Ref. 1) Unger J. High resolution CT in diagnosis of diffuse and focal pulmonary disease. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(10):1-8. 2) Webb WR, et al. high resolution CT of the lung. New York, Raven Press, 1992. 3) Muller NL, Miller RR CT of chronic diffuse infiltrative lung disease (Part I and 2). Am. Rev. Respir. Dis 1990;1206 15. 4) Muller NL, Ostrow DN. HRCT of chronic interstitial Lung Disease Clin Chest ned 1991; 12:97-114. 5) Hansell DM, Kerr IH. The role of HRCT in diagnosis of interstitial lung disease. Thorax 1991; 46:77-84.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 100: *Συνύπαρξη υπεζωκοτικής συλλογής και διάχυτης διάμεσης πνευμονοπάθειας είναι συμβατή με*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η υπεζωκοτική συλλογή μπορεί να συνοδεύει διάμεση πνευμονοπάθεια που οφείλεται σε συμ-

φορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νόσους του κολαγόνου, λεμφαγγειακή καρκινωμάτωση και λεμφαγγειομυομάτωση. Η λεμφαγγειομυομάτωση χαρακτηρίζεται από χυλοθώρακα και πνευμοθώρακα. Godwin JD, Holt MR. Imaging of interstitial lung disease. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine 1994; 15:10-36.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 101: Στις βάσεις των πνευμόνων εντοπίζονται συνήθως

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η εντόπιση των διαμέσων πνευμονοπαθειών είναι χρήσιμη στη διαφορική διαγνωστική. Η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση, η αμιάντωση και η διάμεση ίνωση που συνοδεύει ρευματοειδή αρθρίτιδα ή σκληρό-δερμα εντοπίζονται συνήθως στα κάτω πνευμονικά πεδία. Η σαρκοείδωση, η βηρυλλίωση, η ιστιοκύττωση Χ και η πνευμονίτις εξ υπερευαισθησίας εντοπίζονται στα μέσα και άνω πνευμονικά πεδία. Godwin JD, Holt MR. Imaging of Interstitial lung disease. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine, 1994; 15:10-36.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 102: Η ενδοβρογχική βιοψία στη σαρκοείδωση μπορεί να δείξει κοκκιώματα με

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Ενδοβρογχική βιοψία στη σαρκοείδωση δείχνει μη τυροειδή (non caseating) κοκκιώματα σε 40% των ασθενών με τύπο I ακτινογραφία θώρακος, και 70% σε ασθενείς με τύπου II και III ακτινογραφία. Κοκκιώματα συχνά παρατηρούνται και σε φυσιολογικό βλεννογόνο. Ref. 1) Μπούρος Δ. Η συμβολή της διαβρογχικής βιοψίας πνεύμονος στη διάγνωση των διαχύτων πνευμονοπαθειών. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1984. 2) Fredman OH et al. Biopsy of the bronchial wall as an aid in the diagnosis of sarcoidosis. JAMA 1963; 183:120-22.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 103: Ασθενείς με σαρκοείδωση εμφανίζουν όλα τα παρακάτω ανοσολογικά γνωρίσματα εκτός από

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Έχει βρεθεί ότι τα κυψελιδικά μακροφάγα έχουν αυξημένη ικανότητα να διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό των Τ-κυττάρων και την έκλυση κυτταροτοκινών. Χαρακτηριστικά ο αριθμός των CD4+ κυττάρων είναι αυξημένος, λόγω τοπικής διεγέρσεως και η οποία διέγερση δεν εκδηλώνεται στα CD4+ , όταν αυτά απομακρύνονται από το πνευμονικό περιβάλλον (milieu). Τοπική παραγωγή IL-2 και IFN-γ έχει βρεθεί σε μέλτες, γεγονός από το οποίο πιθανολογείται η δραστηριότητα των υποομάδων Th-O ή Th-1 των CD4+. Ref. 1) Weissler J. Regulation of lymphocyte activation in the lung. Pulmonary and Critical Care Update 1993; 8(24):1-7. 2) Semenzato G et al. Different types of cytotoxic lymphocytes recovered from the lungs of patients with hypersensitivity pneumonitis. Am Rev Respir Dis 1988; 137:7-74.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 104: Η κυψελιδική πρωτεΐνωση είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση κοκκιώδους υλικού με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και λιπίδια, πιθανώς προερχόμενο από τα πνευμοκύτταρα τύπου II. Η νόσος μπορεί να είναι θανατηφόρος λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας ή συνέπεια λοιμώξεων τις οποίες προδιαθέτει. Ποιες από τις κατωτέρω είναι οι συνηθέστερες λοιμώξεις που απαντούνται σ' αυτούς τους ασθενείς

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η διερεύνηση και αντιμετώπιση συνυπάρχουσας λοίμωξης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιβίωση αυτών των ασθενών. Davidson JM, MacLeod WM. Pulmonary Alveolar pro. Br J Dis Chest 63:13, 1969

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 105: *Το ποσοστό εμφάνισης αποφρακτικών άπνοιών άνω των 5 ανά ώρα ύπνου σε τυχαίο δείγμα ηλικίας 30-60 ετών είναι το παρακάτω*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Σύμφωνα με τις τελευταίες στατιστικές σε γενικό πληθυσμό 10-24% των ανδρών και 6-9% των γυναικών ηλικίας 30-60 ετών εμφανίζει άνω των 5 άπνοιων ανά ώρα ύπνου. Υπνηλία όμως εμφανίζει ένα μικρό ποσοστό από αυτούς περίπου 4% των ανδρών και 2% των γυναικών. Για το λόγο αυτό σήμερα γίνεται διαχωρισμός των αποφρακτικών άπνοιων που είναι εργαστηριακό εύρημα από το σύνδρομο της αποφρακτικής άπνοιας που προϋποθέτει συμπτωματολογία (κυρίως υπνηλία). Young T et al: The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 328:1230-5, 1993.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βαγιάκης Ε.

ΕΡΩΤ. 106: *Όλα τα παρακάτω είναι ορθά σχετικά με την ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση (ΙΠΙ) εκτός από*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Στην αντικειμενική εξέταση του θώρακος οι λεπτοί μη μουσικοί τελοεισπνευστικοί ρόγχοι είναι χαρακτηριστικό εύρημα. Η ρευματοειδής αρθρίτις και η σκληροδερμία αποτελούν συνήθεις κολλαγονώσεις που σχετίζονται με ΔΔΠ. Ο βρογχογενής καρκίνος είναι συχνότερος σε ΔΔΠ. Η ΒΚΕ δεν είναι διαγνωστική στις περισσότερες ΔΔΠ. Αντίθετα το αποφρακτικό λειτουργικό σύνδρομο είναι δυνατόν να απαντά σε ορισμένες ΔΔΠ, όπως σαρκοειδωση, αποφρακτική βρογχιολίτιδα, λεμφαγγειολειομυομάτωση, σύνδρομο Churg-Strauss. Ref. 1) Anzueto A, Jonkinson S. BAL techniques and interpretation of specimens (part 1). Pulmonary Perspectives and Critical Care Update 1992; 7(29):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 107: *Ασθενής παρουσιάζεται στο γιατρό του παραπονούμενος για προοδευτική επιδείνωση της δύσπνοιας του. Στην ακτινογραφία θώρακος απεικονίζονται διάχυτες, διαμέσου τύπου βλάβες κυρίως στις βάσεις. Στην ανοικτή βιοψία πνεύμονος βρέθηκε ίνωση μετρίου βαθμού. Στο λειτουργικό έλεγχο του πνεύμονος είναι πολύ πιθανόν να ευρεθούν όλα τα παρακάτω εκτός από*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Τα κλασικά ευρήματα των ΔΔΠ στο λειτουργικό έλεγχο του πνεύμονος είναι η μείωση της διαχυτικής ικανότητας του CO, της TLC, της VC και του RV. Επίσης η ενδοτικότητα του πνεύμονος είναι χαρακτηριστικά μειωμένη. Η κυψελιδοαρθριακή διαφορά του οξυγόνου είναι αυξημένη στην ηρεμία. Η PaO₂ στην κόπωση χαρακτηριστικά μειώνεται, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν μόνο τότε να εκδηλώνεται. Ref. 1) Anzueto A, Jonkinson S. BAL techniques and interpretation of specimens (part 1). Pulmonary Perspectives and Critical Care Update 1992; 7(29):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 108: *Πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί στην πνευμονία εξ υπερευαισθησίας είναι όλοι οι παρακάτω εκτός από ένα*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η πνευμονία εξ υπερευαισθησίας (HP) είναι μια ομάδα παθήσεων που προκαλείται από επανειλημμένη έκθεση σε ορισμένα οργανικά αντιγόνα. Ιστολογικά και σε βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα ανευρίσκεται αυξημένη παρουσία CD8+ T λεμφοκυττάρων. Σε ορισμένα μοντέλα HP φαίνεται ότι τα κυρίως δραστικά κύτταρα είναι τα B κύτταρα ή τα Th-2 κύτταρα. Η IL-8 παράγεται κυρίως από τα μονοπύρηννα φαγοκύτταρα και επιθηλιακά κύτταρα και κύριος ρόλος τους είναι η επιστράτευση των ουδετεροφίλων. Ref. 1) Weissler J. Regulation of lymphocyte activation in the lung. Pulmonary and Critical Care Update 1993; 8(24):1-7. 2) Semerato G et al. different types of cytotoxic lymphocytes recovered from the lungs of patients with hypersensitivity pneumonitis. Am Rev Respir Dis 1988; 137:70-74.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 109: Σε όλα τα παρακάτω νοσήματα έχει αναφερθεί ανάπτυξη ασπεργιλλώματος εκτός από ένα

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Το ασπεργίλλωμα στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται μετά τον αποικισμό και ανάπτυξη του μύκητα σε προυπάρχουσα κοιλότητα. Η φυματίωση είναι η συχνότερη αιτία, αλλά μυκητώματα έχουν αναφερθεί σε κάθε νόσο με πνευμονική κοιλότητα: σαρκοειδωση, πνευμονικό έμφρακτο, βρογχικές κύστες, πνευμονικό απόστημα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, νεκρωτική πνευμονία και καρκίνο του πνεύμονος.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φλώρος Ι.

ΕΡΩΤ. 110: Ποια από τις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν τις βρογχεκτασίες σε ασθενείς με κυστική ίνωση είναι η σωστή

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Όπως είναι γνωστό η συγγενής διαταραχή που υπάρχει σε ασθενείς με κυστική ίνωση είναι η διαταραχή της επαναρρόφησης του νατρίου και χλωρίου από τους εξωκρινείς αδένες. Έτσι οι εκκρίσεις που παράγονται από τους βλεννώδεις αδένες του βρογχικού επιθηλίου, έχουν τέτοια σύσταση που είναι δύσκολο να αποβληθούν. Τούτο έχει σαν αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του αναπνευστικού.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουγουλάκης Σ.

ΕΡΩΤ. 111: Ποιο από τα παρακάτω κυτταροστατικά δεν αναφέρεται ότι προκαλεί πνευμονική ίνωση

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Πνευμονική ίνωση προκαλεί κυρίως η μπλεομυκίνη αλλά και η μεθοτρεξάτη, η κυκλοφωσφαλίδη και η τενιποσίδη (ουσία παρεμφερή) με την ετοποσίδη). Δεν αναφέρεται ότι προκαλεί πνευμονική ίνωση η Cis-πλατίνη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κοτσοβούλου Β.

ΕΡΩΤ. 112: Στην σαρκοειδωση στους πνεύμονες

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Μεγάλη η σύγχυση όσον αφορά στην αξιολόγηση των δεικτών δραστηριότητας της νόσου (of disease activity) σαν προγνωστικών δεικτών ή κριτηρίων. Χορηγήσεις κορτικοστεροειδών.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπαδάκης Ε.

ΕΡΩΤ. 113: Η σαρκοειδωση σχετίζεται με

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Σε αντίθεση με το περιοριστικό σύνδρομο που είναι καλά γνωστό ότι παρατηρείται στη σαρκοειδωση, το αποφρακτικό σύνδρομο είναι λιγότερο γνωστό σε πολλούς γιατρούς, αν και αυτό έχει βρεθεί σε ορισμένους αρρώστους να ανέρχεται μέχρι και 60%. Η βρογχική υπεραντιδραστικότητα επίσης παρατηρείται συχνά στην σαρκοειδωση ασχέτως ακτινολογικού τύπου, ο δε μηχανισμός της δεν είναι γνωστός. Σε χρόνιες μορφές σαρκοειδωσης η διαχυτική ικανότητα του CO είναι μειωμένη. Ref: 1) Argyropoulou PU, Patakas PA, Louridaw GE. Airway function in stage I and II pulmonary sarcoidosis. Respiration. 1984; 46:17-25. 2) Melissinos C, Veslemes M, bouros D, Zachariadis M, Jordanoglou J. Clinical finding and bronchoscopic arbiomalitis in Sarcoidosis. Sarcoidosis, 19988; 453-454.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 114: *Για την κλινική χρήση της βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης, ποιος όγκος εκπλύματος είναι κατάλληλος*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Έχει βρεθεί σε ασθενείς με ΔΔΠ στους οποίους έγινε BAL με 100 ml (20mlx5) και 250ml (50mlx5) στο ίδιο λοβό αλλά στην αντίθετη πλευρά, ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην αναλογία και τον ολικό αριθμό των κυττάρων μεταξύ των δύο τεχνικών, αν και γενικά το ποσό επιστροφής του υγρού στην τεχνική μεγάλου όγκου (250ml) ήταν μεγαλύτερο. Ref. 1) Garcia J et al. Assesment of interlobal variation of bronchoalveolar lavage cellular diffrentials in interstitial lung disease. Am Rev Respir Dis 1986; 133:444-9.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 115: *Στις επιπλοκές διενέργειας βρογχοκυψελιδικής έκπλυσης περιλαμβάνονται όλες οι παρακάτω εκτός από*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η βρογχοκυψελιδική έκπλυση είναι ασφαλής τεχνική. Ελαφρές ανεπιθύμητες επιδράσεις απο-τελούν ο βήχας κατά την έκπλυση, ο πυρετός και το ρίγος σε ποσοστό 10-38% που παρατηρούνται λίγες ώρες μετά την εξέταση. Η επίπτωση του πυρετού σχετίζεται με τον όγκο του υγρού και τον αριθμό των λοβών που έγινε έκπλυση είναι παροδικός και υποχωρεί με αντιπυρετικά. Κυψελιδικές διηθήσεις παρατηρούνται σε ποσοστό 90% μετά από 30min από την εξέταση. Γενικά υποχωρούν εντός 24 ωρών. Άλλες επιπλοκές που έχουν παρατηρηθεί είναι η μείωση της FEV₁, της PaO₂ και ενίοτε αύξηση της PaCO₂ κυρίως σε ασθενείς με ΧΑΠ. Ref. 1) Anzueto A, Jonkinson S. BAL techniques and interpretation of specimens (part 1). Pulmonary Perspectives and Critical Care Update 1992; 7(29):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 116: *Η συνήθη θέση διενέργειας βρογχοκυψελιδικής εκπλύσεως (BAL) στις διάχυτες διάμεσες πνευμονοπάθειες*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Σταθερές θέσεις πρέπει να χρησιμοποιούνται για ΒΚΕ, εκτός εάν η πάθηση είναι εντοπισμένη. Γενικά ο μέσος λοβός ή η γλωσσίδα χρησιμοποιούνται ως τέτοιες. Από τους λοβούς αυτούς αναρροφάται περίπου 20% περισσότερο υγρό σε σύγκριση με τους κάτω λοβούς. Ανατομικά ο μέσος λοβός είναι ο πλέον εύχρηστος. Οι κάτω λοβοί είναι δύσκολο να αποφραχθούν ή να γίνει ενσφήνωση με το βρογχοσκόπιο και απαιτείται περισσότερο υγρό για ικανοποιητική λήψη εκπλύματος. Ref. 1) Anzueto A, Jonkinson S. BAL techniques and interpretation of specimens (part 1). Pulmonary Perspectives and Critical Care Update 1992; 7(29):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 117: *Η συνολική διαγνωστική απόδοση του BAL στην διάγνωση του καρκίνου πνεύμονος είναι*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η ολική διαγνωστική απόδοση του BAL στον καρκίνο του πνεύμονος είναι 50% και είναι μεγαλύτερη για τον βρογχοκυψελιδικό καρκίνο. Ωστόσο η συμφωνία με την ιστολογική εξέταση είναι μόνο 80%. Το κυριότερο πρόβλημα εντοπίζεται στην διάκριση μεγαλοκυτταρικού Ca από το αδενοκαρκίνωμα. Επίσης σοβαρές δυσπλαστικές αλλοιώσεις των κυττάρων μπορεί να ερμηνεύονται σαν κακοήθη κύτταρα. Το BAL προσφέρει σημαντική βοήθεια στην διάγνωση λεμφώματος του πνεύμονος και της λεμφαγγειακής διασποράς. Ref. Anureto A, Jenkonson S. Bronchoalveolar lavage techniques and interpretation of specimens (part 2) Pulmonary and Critical Care Update 1992; 7(30):2-7.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 118: *Η σπιρομέτρηση πρέπει να αναβάλεται όταν ο ασθενής*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η σπιρομέτρηση θα πρέπει να αναβάλεται όταν ο ασθενής έχει πάρει πρόσφατα βρογχοδιασταλτικά και η σπιρομέτρηση γίνεται για να εκτιμηθεί η ανταπόκριση στα βρογχοδιασταλτικά, προ και μετά βρογχοδιαστολή. Σε ασθενείς που γίνεται η σπιρομέτρηση για να εκτιμηθεί η επίδραση της επαγγελματικής έκθεσης στην αναπνευστική λειτουργία θα πρέπει να αναβάλεται εάν έχουν καπνίσει λίγο πριν, έχουν φάει ένα βαρύ γεύμα ή πάσχουν από ιογενή λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα η πνευμονική εμβολή η σπιρομέτρηση μπορεί να είναι επικίνδυνη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 119: *Επανάληψη της σπιρομέτρησης κατά τη δοκιμασία πρόκλησης μπορεί να γίνει μετά από την εισπνοή ισταμίνης ή μεταχολίνης σε*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η εισπνοή μεταχολίνης ή ισταμίνης έχει γρήγορη δράση και επιτυγχάνει το μέγιστο αποτέλεσμα σε 1 με 5 λεπτά. Το αποτέλεσμα αυτό διατηρείται για 4 έως 12 λεπτά. Σ' αυτό το χρονικό διάστημα πρέπει να γίνει η δεύτερη σπιρομέτρηση. Wanger J. Pulmonary function testing. A practical approach. Williams and Wilkins, Baltimore, 1992.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 120: *Για ασθενή σε μηχανική αναπνοή ποια σχέση I/E έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στην καρδιακή παροχή*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η CO μειώνεται λόγω της αυξημένης ενδοθωρακικής πίεσης που προκαλείται από την αύξηση του χρόνου εισπνοής.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μαυρομάτης Α.

ΕΡΩΤ. 121: *Η πλήρης αποκατάσταση των τιμών αερίων αίματος και της οξεοβασικής ισορροπίας στο νεογνό μετά τη γέννηση γίνεται στο τέλος του*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Τα αέρια αίματος των νεογνών δείχνουν κατά τη γέννηση μεταβολική και αναπνευστική οξέωση σε συνδυασμό με σοβαρή υποξαιμία. Το pH είναι μικρότερο από 7.20 και η μερική τάση οξυγόνου 20 με 25mmHg. Κατά τη διάρκεια των πρώτων ωρών μετά τη γέννηση η μερική τάση οξυγόνου φθάνει τα 60mmHg. Στο τέλος του πρώτου 24ώρου η μερική τάση του οξυγόνου φθάνει τα 100mmHg και η μερική τάση του διοξειδίου του άνθρακα στα φυσιολογικά όρια. Murray JF. The normal lung. Saunders, Philadelphia, 1986.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 122: *Το ενδογενές άσθμα χαρακτηρίζεται από*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ο συνδυασμός ενδογενούς άσθματος ευαισθησίας στην ασπιρίνη και ρινικών πολυπόδων παρατηρείται στο 10% των ασθενών με άσθμα. Στο ενδογενές άσθμα είναι ασυνήθη ευρήματα το έκζεμα οι θετικές δερματικές δοκιμασίες και το οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας. Η συμπτωματολογία είναι η ίδια με το εξωγενές άσθμα. Συχνά στο ενδογενές άσθμα η πρόγνωση δεν είναι πολύ καλή και οι ασθενείς δεν μένουν ασυμπτωματικοί μεταξύ των προσβολών.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 123: *Τα συχνότερα ευρήματα στην πνευμονική εμβολή είναι*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Οι 9 στους 10 περίπου ασθενείς με τεκμηριωμένη πνευμονική εμβολή παρουσιάζουν περίπου ταχύπνοια, δύσπνοια ή πόνο στο θώρακα πλευριτικού τύπου συνήθως βήχα παρουσιάζουν οι μισοί περίπου ασθενείς και αιμόπτυση μόνο οι 3 στους 10 ασθενείς. Μόνο οι 4 στους 10 παρουσιάζουν ευρήματα από τα κάτω άκρα, όπως φλεβίτιδα και οίδημα. Current Medical diagnosis and treatment. Appleton Lange, Connecticut 1992.1

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουργουλιάνης Κ.

ΕΡΩΤ. 124: *Η αιτία της χρονίας θρομβοεμβολικής πνευμονικής υπέρτασης είναι*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η χρονία θρομβοεμβολική πνευμονική υπέρταση είναι αποτέλεσμα εμβολής μεγάλου κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας που έγινε πριν από αρκετά χρόνια. Συνήθως διαφεύγει της διάγνωσης και δε χορηγείται αντιπηκτική αγωγή. Ακολουθεί ασυμπτωματική χρονική περίοδος και κατόπιν αρχίζουν συμπτώματα πνευμονικής υπέρτασης και δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Ο μηχανισμός επιδείνωσης δεν είναι γνωστός. Πιθανολογούνται τα εξής αίτια: α. επιπρόσθετες πνευμονικές εμβολές, β. βλάβες του αγγειακού δικτύου λόγω πνευμονικής υπέρτασης, γ. ενσφήνωση εμβόλων από το κυρίως θρόμβο.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γουγουλάκης Σ.

ΕΡΩΤ. 125: *Ποιος μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την μείωση της ροής, λόγω απόφραξης στους μικρούς αεραγωγούς*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Οι δύο πρώτοι μηχανισμοί απαντώνται στο καθ'υπεροχήν εμφύσημα και ο τρίτος στη χρονία βρογχίτιδα.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γιαμπουδάκης Π.

ΕΡΩΤ. 126: *Στη χρόνια βρογχίτιδα (χρόνια αποφρακτική βρογχίτιδα) σχετικά με την διαταστικότητα αληθεύει:*

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η δυναμική Compliance είναι ελαττωμένη λόγω χρονικής ανομοιογένειας του αερισμού (λόγω διαφορετικών time constants).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Γιαμπουδάκης Π.

ΕΡΩΤ. 127: *Η πλευριτική συλλογή σε άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η πλευριτική συλλογή σε άτομα με SLE μπορεί να οφείλεται είτε σε πρωτοπαθή προσβολή του υπεζωκότα είτε σε νεφρίτιδα λόγω SLE. Στην περίπτωση της πρωτοπαθούς προσβολής λόγω του ότι δημιουργείται άσηπτος φλεγμονή είναι επώδυνος ενώ σε περίπτωση σπειραματονεφρίτιδος είναι ανώδυνη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φιλίππου Ν.

ΕΡΩΤ. 128: *Η πλευροπνευμονική νόσος στην Ρευματοειδή αρθρίτιδα*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Η πλευροπνευμονική νόσος σε άτομα με RA εμφανίζεται συχνότερα με την μορφή πνευμονικής ίνωσης με ιστολογικές αλλοιώσεις με ειδικές, ενώ η εμφάνιση αγγειίτιδας στα αγγεία της πνευμονικής κυκλοφορίας είναι εξαιρετικά σπάνια. Οι βλάβες προκύπτουν σαν αποτέλεσμα διαταραχής της χημικής ανοσίας σε αντίθεση με την υμενίτιδα που προκύπτει σαν αποτέλεσμα διαταραχής της κυτταρικής ανοσίας.

Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι η πιθανότητα ανάπτυξης πλευροπνευμονικής νόσου σε άτομα με RA σχετίζεται με την παρουσία LE cells (Πολυζωγόπουλος).
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φιλίππου Ν.

ΕΡΩΤ. 129: Ποια είναι η εξέταση που θα διαφοροδιαγνώσει το σύνδρομο Goodpasture από την ιδιοπαθή πνευμονική αιμοσιδήρωση

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Ο συνδυασμός της Α και Γ αποκαλύπτει την ύπαρξη αντισωμάτων εναντίον της ΒΜ (βασική μεμβράνη) του πνεύμονα και του νεφρικού σπειράματος. Η διαβρογχική βιοψία ακόμα και να είναι αρνητική δεν αποκλείει την ύπαρξη αντισωμάτων εναντίον της ΒΜ του σπειράματος, κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα δε υπάρχουν και σε άλλα νοσήματα (πχ. Henoch-Schonlein).
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φιλίππου Ν.

ΕΡΩΤ. 130: Στο σύνδρομο Caplan

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Μόνον στο σύνδρομο Caplan υπάρχουν πνευμονικά οζίδια που περιβάλλονται από μακροφάγα που δεν έχουν τεμαχίδια κόνης άνθρακα.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φιλίππου Ν.

ΕΡΩΤ. 131: Δείκτης Reid είναι

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Τα βασικότερα παθολογοανατομικά ευρήματα της χρόνιας βρογχίτιδας είναι η υπερτροφία και υπερπλασία των βλεννογονίων αδένων των μεγάλων βρόγχων, η υπερπλασία των λείων μυικών ινών η φλεγμονή και η πάχυνση του τοιχώματος των αεραγωγών. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και κατά τόπους καταστροφή του κροσσώτου επιθηλίου με πλακώδη μετάπλαση αυτού. Οι παθολογοανατομικές βλάβες που βρίσκονται στα βρογχιόλια είναι: στένωση βρογχιολίων, με απλασία των καλυκοειδών κυττάρων, ίνωση, στρέβλωση των βρογχιολίων, καταστροφή κυψελιδικών προσφύσεων. Η σχέση του πάχους της στιβάδας των υποβλεννογονίων αδένων με το ολικό πάχος του τοιχώματος του βρόγχου ονομάζεται δείκτης Reid και φυσιολογικά είναι μικρότερος του 0.4. Snider G.L.: Chronic bronchitis and emphysema. In: Text book of respiratory medicine eds Murray J.F. Nadel S.A. W. Saunders Co 1988 pp 1069-1106.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αναγνωστοπούλου Ο.

ΕΡΩΤ. 132: Η σημαντική μείωση της διαχυτικής ικανότητας που παρατηρείται στο εμφύσημα οφείλεται στην

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η μεγάλη και αθρόα καταστροφή των κυψελίδων και η καταστροφή των συνοδών αγγείων (παθολογοανατομικές βλάβες χαρακτηριστικές του εμφυσήματος έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση της διαχυτικής ικανότητας του πνεύμονα (Diffusion). Thurlbeck W.M. Pathophysiology of COPD Clin Chest Med 1990 11:389-403

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αναγνωστοπούλου Ο.

ΕΡΩΤ. 133: Τα θεραπευτικά κριτήρια για τη χρήση δακτυλίτιδας στη χρόνια πνευμονική καρδιά είναι

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η δακτυλίτιδα δεν φαίνεται να βελτιώνει τη λειτουργία της δεξιάς κοιλίας στη χρόνια πνευμονική καρδιά. Αν ωστόσο συνυπάρχουν υπερκοιλιακές αρρυθμίες υψηλής συχνότητας (κολπική μαρμαρυγή, κοιλιακή ταχυσυστολία, πτερυγίμος) ή αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια η δακτυλίτιδα έχει απόλυτο ένδειξη. Μερικοί υποστηρίζουν ότι σε συνδυασμό με την άλλη αγωγή, οξυγόνο, διουρητικά, βρογχοδιασταλτικά και

κάτω από τον ανώτερο έλεγχο, ενδοχόμενη ωφέλεια από τη χρήση της δεν μπορεί να αποκλεισθεί. Neil S. Cherniack, Chronic Obstructive Pulmonary disease W.B. Saunders company 1991 p.436.
ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αναγνωστοπούλου Ο.

ΕΡΩΤ. 134: Ποια τα ακροαστικά ευρήματα στο ροδόχρου-δυσπνοιικό (PINK PUFFER) τύπου του πνευμονικού εμφυσήματος; (ιδίως σε βιαία εισπνοή-εκπνοή)

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Στο κάτω τριτημόριο της τραχείας ενδοθωρακική πίεση, προβάλλει προς το πρόσθιο τοίχωμα και στενεύει τον αυλό της. Έτσι, δημιουργεί εκπνευστικό συριγμό, ο οποίος επεκτείνεται και προς την περιφέρεια και δίνει την ψευδή εντύπωση του βρογχοσπασμού. Το ακροαστικό αυτό εύρημα εξαφανίζεται όταν η εκπνοή γίνεται με μισόκλειστο στόμα (είναι λειτουργικό δηλαδή).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καμαρούλιας Δ.

ΕΡΩΤ. 135: Στη τύπου I αναπνευστική ανεπάρκεια

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η τύπου I αναπνευστική ανεπάρκεια οφείλεται κατά κύριον λόγον σε διαταραχή του αερισμού αιμάτωσης V/Q. Η λειτουργία του αναπνευστικού κέντρου και ο κυψελιδικός αερισμός είναι φυσιολογική ή ηυξημένη και δεν έχουν ένδειξη τα διεγερτικά φάρμακα του κέντρου της αναπνοής. Το υπερκαπνικό ερέθισμα στο αναπνευστικό κέντρο είναι φυσιολογικό και δεν χρειάζεται η οξυγονοθεραπεία να γίνεται υπό προσεκτικό έλεγχο. Η κυάνωση θα παρατηρηθεί στο ίδιο σημείο με την τύπου II αναπνευστική ανεπάρκεια, εκτός και εάν υπάρχει πολυερυθραιμία στην τύπου II αναπνευστική ανεπάρκεια και επομένως ή κυάνωση θα εμφανισθεί πρωιμότερα.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αντωνίου Δ.

ΕΡΩΤ. 136: Ποιο από τα ακόλουθα που αφορούν το άσθμα είναι σωστά

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Το άσθμα μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία ορίζεται ως αναστρέψιμος βρογχοστένωση (>20% FEV₁) αλλά δεν υπάρχει χρονικό όριο έντος του οποίου πρέπει να εμφανισθεί, δυνατόν ή αναστρεψιμότητα να χρειασθεί 2-3 εβδομάδες για να επιτευχθεί. Η πρωινή PEF_R είναι κατά κανόνα χαμηλότερη. Η κυάνωση αποτελεί σπάνιο εύρημα και όταν υπάρχει η κατάσταση είναι σοβαρή.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αντωνίου Δ.

ΕΡΩΤ. 137: Η χορήγηση σε ασθενή οξυγόνου 100% με πίεση μια Atm είναι ασφαλής για χρονικό διάστημα

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές των πνευμόνων αναπτύσσονται 24-48 ώρες μετά την έκθεση σε υπεροξία. Έτσι ασφαλής θεωρείται η χορήγηση 100% οξυγόνου σε μια Atm για 24 ώρες ή η χορήγηση 60% οξυγόνου για μια εβδομάδα. S. Jenkinson: Free radical effects on lung metabolism. Clin Chest Med 1989, p.43.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κοτσοβούλου Β.

ΕΡΩΤ. 138: Η έκθεση ανθρώπου σε μεγάλη συγκέντρωση οξυγόνου προκαλεί

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Και οι 4 αυτές διαταραχές φαίνεται ότι προκαλούνται όχι από το μοριακό οξυγόνο αλλά από τις ρίζες οξυγόνου, που παράγονται. S.Jenkinson: Free radical effects on lung metabolism. Clin Chest Med 1989, p.43.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κοτσοβούλου Β.

ΕΡΩΤ. 139: Το στόμιο του τραχειακού βρόγχου εντοπίζεται στο

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Ο τραχειακός βρόγχος εκφύεται πάνω από το ύψος της τρύπιδας της τραχείας και από το δεξιό πλάγιο τοίχωμα της τραχείας. Stradling P.: Diagnostic Bronchoscopy p.55, 1980).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πολυζωγόπουλος Δ.

ΕΡΩΤ. 140: Ποιος είναι ο χρόνος που θα πρέπει να γίνει τραχειοστομία σε έναν διασωληνωμένο ασθενή

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Ο κατάλληλος χρόνος είναι 7-10 ημέρες

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παυλής Θ.

ΕΡΩΤ. 141: Ποιο από τα παρακάτω είναι αληθές για την εμβολή με αμνιακό υγρό

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Συμβαίνει συχνότερα σε πολύτοκες, σε παράταση τοκετού ή χορήγηση μητροσυσπαστικών αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης και DIC παρουσιάζεται σε ποσοστό πάνω από 50% των περιπτώσεων

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παυλής Θ.

ΕΡΩΤ. 142: Το σύνδρομο Mac Leod's αποδίδεται σε

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Κατά τη νεαρή ηλικία το σύνδρομο Mac Leod's αποδίδεται σε αποφρακτική βρογχιολίτιδα και πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από άλλες αιτίες που προκαλούν μονόπλευρη ακτινολογική διαφάνεια. Η μονόπλευρη αυτή ακτινολογική διαφάνεια οφείλεται στην μειωμένη αγγείωση του πάσχοντα πνεύμονα και όχι στην υπερδιάταση του γεγονός που μπορεί να διαπιστωθεί ακτινολογικά και αγγειογραφικά.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πατενταλάκης Μ.

ΕΡΩΤ. 143: Η πιο συχνή ακτινολογική απεικόνιση της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας είναι

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η πιο συχνή ακτινολογική απεικόνιση (60%) της πνευμονιοκοκκικής πνευμονίας είναι ανομοιογενής πύκνωση ενός λοβού. Η λοβώδης πνευμονία παρά την κλασική περιγραφή περιλαμβάνει μόνο το 20-25% της ακτινολογικής της εμφάνισης. Οι άλλες απεικονίσεις είναι πιο σπάνιες.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Καραγιαννίδης Ν.

ΕΡΩΤ. 144: Στη φυσιολογική οπισθοπρόσθια ακτινογραφία θώρακος

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Στα φυσιολογικά άτομα σε ποσοστό άνω του 90% ο δεξιός θόλος του διαφράγματος είναι υψηλότερα από τον αριστερό. Οι πυλαίες σκιάσεις προέρχονται κατά κύριο λόγο από τα πνευμονικά αγγεία και κατά ένα πολύ μικρό μέρος από τα τοιχώματα των κυρίων βρόγχων. Το κέντρο της δεξιάς πύλης κατά αδρή εκτίμηση, ανευρίσκεται στο ύψος της τρίτης πλευράς προσθίως και η αριστερή πύλη 1cm υψηλότερα. Βλάβη στην γλωσσίδα έχει σαν συνέπεια απώλεια της ευκρίνειας στην σκιαγράφηση της αριστεράς καρδιακής παρυφής (σημείο σιλουέτας). Το κατώτερο τμήμα της τραχείας συνήθως παρεκκλίνει προς τα δεξιά λόγω γειτνιάσεως με την αορτή.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κυρούσης Δ.

ΕΡΩΤ. 145: Ποιο ή ποια είναι τα πιο συχνά αρχικά συμπτώματα σε ασθενείς που έχουν βρογχογενή καρκίνο. Ποια απάντηση είναι σωστή

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Μία ενδιαφέρουσα μελέτη προερχόμενη από το νοσοκομείο M.D. Aderson των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής αναφέρει σε 100 ασθενείς με βρογχογενή καρκίνο ότι τα πιο συχνά αρχικά συμπτώματα ήταν ο βήχας σε ποσοστό 21%, η αιμόπτυση μόνη της σε ποσοστό 21%, μετά ο θωρακικός πόνος 16% και μετά η δύσπνοια 12% (Murray J Textbook of Respiratory Medicine 1988, pp 1188).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Πρεκατές Α.

ΕΡΩΤ. 146: Μετεγχειρητικός ασθενής παρουσιάζει πνευμονική εμβολή διαπιστωμένη με αγγειογραφία. Ο δείκτης του Muller υπολογίσθηκε στο 50%. Ποια από τις παρακάτω εκδοχές είναι λανθασμένη σε ότι αφορά η μερική πίεση οξυγόνου (PaO_2)

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η αναδρομική ανάλυση πολλών περιπτώσεων πνευμονικής εμβολής αποδεικνύει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ βαθμού απόφραξης της πνευμονικής κυκλοφορίας και της PaO_2 . Παρά ταύτα στο συγκεκριμένο άρρωστο η μεταβλητότητα των τιμών PaO_2 για δεδομένη απόφραξη είναι τέτοια, ώστε δεν αποκλείεται και φυσιολογική τιμή με σημαντική απόφραξη (ιδιαίτερα αν η καρδιακή παροχή είναι μειωμένη). Φυσικά η υποκαπνία συνοδεύει πάντα την πτώση της PaO_2 . Safran D, Reynaud P, Dennewald G et al: Hemodynamique et échanges gazeux dans l'embolie pulmonaire. A propos de 150 cas. In: Goulon M, Rapin M: Reanimation et Medecine d'urgence, Paris, Expansion Scientifique Francaise, 1981.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 147: Ποιοι μυς δεν συμμετέχουν στην προσπάθεια αύξησης του αερισμού μετά από μέτριου βαθμού άσκηση

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Οι στερνοκλειδομαστοειδείς συμμετέχουν μόνο σε maximum άσκηση ενώ οι κοιλιακοί εκπνευστικοί σε ηπιότερη άσκηση ο βαθμός της οποίας ποικίλει από άτομο σε άτομο. Derenne JPI, Macklem PR, Roussos Ch. The respiratory muscles: mechanics, control and pathophysiology. Am Rev Resp Dis 1978, 118-119.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Αρμαγανίδης Α.

ΕΡΩΤ. 148: Ασθενής καπνιστής, 50 ετών παρουσιάζεται στο γιατρό παραπονούμενος ότι έχει πτώση του δεξιού βλεφάρου. Η ακτινογραφία θώρακος δείχνει μάζα στον δεξιό πνεύμονα. Ποια είναι η πιθανότερη βιοχημική ανωμαλία από τις αναφερόμενες παρακάτω που μπορεί να παρουσιάζει αυτός ο ασθενής

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Το σύνδρομο Horner χαρακτηρίζεται από πτώση βλεφάρου, ενδοφθαλμό σύστοιχα, έλλειψη ιδρώτα και μύση. Το σύνδρομο εμφανίζεται σε ασθενείς με "Pancoast" όγκους. Συχνά οι ασθενείς παραπονιούνται για έντονο πόνο στο σύστοιχο ώμο με ωλένια κατανομή. Το σύνδρομο άνω οφείλεται συνήθως (περισσότερο από 50%) σε επιδερμοειδές Ca πνεύμονος. Η υποκαλιαιμία και η μεταβολική αλκάλωση στον καρκίνο του πνεύμονα οφείλεται σε αυξημένη παραγωγή της φλοιοτρόπου ορμόνης (σύνδρομο cushing). Η υπονατρίαμια οφείλεται συνήθως στο σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης. Τα παραπάνω δύο σύνδρομα οφείλονται σε μικροκυτταρικό Ca. Υπερασβεστιαμια παρουσιάζεται λόγω έκτοπης παραγωγής παραθορμόνης και αποτελεί επιπλοκή του επιδερμοειδούς Ca. Υπερνατρίαμια μπορεί να παρουσιαστεί σε προχωρημένο στάδιο λόγω αφυδάτωσης ή εγκεφαλικών μεταστάσεων (δευτεροπαθείς από ιούς ή διαβήτης).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ραζή Ε.

ΕΡΩΤ. 149: Ποια από τις παρακάτω συνθήκες αποτελεί αντένδειξη στη χειρουργική αφαίρεση μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονος

ΟΡΘΟ: Β

ΣΧΟΛΙΟ: Η δυνατότητα αφαίρεσης εντοπισμένου μη μικροκυτταρικού Ca πνεύμονος εξαρτάται από την εξαιρεσιμότητα του όγκου (Resectability) και την κατάσταση του ασθενούς (operability). Ασθενείς με βαρεία πνευμονοπάθεια με $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ ή πρόσφατο (<6 μήνες) έμφραγμα μυοκαρδίου διατρέχουν υψηλό κίνδυνο βαρειών εγχειρητικών επιπλοκών και συνήθως δεν χειρουργούνται. Η προεγχειρητική αξιολόγηση γι'αυτές τις δύο παθήσεις είναι απαραίτητη επειδή οι ασθενείς με Ca πνεύμονος είναι καπνιστές και συνεπώς έχουν αυξημένο κίνδυνο για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή νόσο της στεφανιαίας. Ογκοί που προκαλούν παράλυση του παλινδρόμου λαρυγγικού νεύρου έχουν συνήθως επεκταθεί στο μεσοθωράκιο και δεν είναι εξαιρεσιμοί. Αντίθετα τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα και η διήθηση του θωρακικού τοιχώματος χωρίς μεταστάσεις σε λεμφαδένες δεν θεωρούνται αντένδειξη στην εγχείρηση.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ραζή Ε.

ΕΡΩΤ. 150: Όταν χρησιμοποιείται μια δοσιμετρική συσκευή εισπνοής (MDI) χωρίς επεκτατικό χώρο, το μεγαλύτερο μέρος του νεφελώματος

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ο τύπος της εισπνοής επηρεάζει την ποσότητα του νεφελείου το οποίο εναποτίθεται στους πνεύμονες. Το μεγαλύτερο μέρος του νεφελείου εναποτίθεται σε πνευμονικό παρέγχυμα. Όμως η εναπόθεση επηρεάζεται από την παρουσία ΧΑΠ, και έχει δείχθει ότι μειώνεται παράλληλα με την μείωση της FEV₁. Η εναπόθεση στο πνευμονικό παρέγχυμα είναι μεγαλύτερη με βραδεία εισπνευστική ροή και τελο-εισπνευστική διακοπή. Μεταβολές στον αναπνεόμενο όγκο επηρεάζουν ελάχιστα την εναπόθεση. Ref. 1) Siafakas N, Bouros D. Choice of inhalation the therapy adults. Eur Respir Rev 1994; 4:78-81. 2) Hess J. Therapeutic aerosols: Choices in delivery techniques. Pulmonary and Critical Care Update 1992; 8(6):1-8.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 151: Η συνήθης πορεία της πνευμονικής νόσου από ταχέως αναπτυσσόμενα μυκοβακτηρίδια (rapidly growing mycobacteria) χωρίς εφαρμογή θεραπείας είναι

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Τα ταχέως αναπτυσσόμενα μυκοβακτηρίδια τυπικά εκδηλώνονται κλινικά με βραδεία συμπτωματολογία, με μέσο διάστημα διαγνώσεως από την εκδήλωση συμπτωμάτων 26 μήνες και ανώτατο όριο τα 15 χρόνια. Η ακτινογραφία θώρακος χαρακτηρίζεται από αμφοτερόπλευρες, πολυλοβώδεις εστιακές διάμεσες ή κυψελιδικές διηθήσεις. Κυρίως εντοπίζονται στον άνω λοβό. Ref. 1) Criffith D, Wallace R. Diagnosis and treatment of rapidly growing mycobacteria lung disease. Pulmonary and Critical Care Update;8 (21):1-5.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαφάκας Ν.

ΕΡΩΤ. 152: Ποια μυκητίαση απαντά καλύτερα στην αμφοτερικίνη

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η αμφοτερικίνη Β είναι η θεραπεία εκλογής για την καντιτίαση, την ιστοπλάσμωση και την βλαστομύκωση. Ref. Pomerantz S et al. The role of new drugs in the treatment of fungal diseases. Pulmonary and Critical Care Update 1993; 8(29):1-6.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 153: Η φυσιολογική κυτταρική σύσταση του BAL σε μη καπνιστές είναι η παρακάτω εκτός από ένα

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Μονοκύτταρα δεν ανευρίσκονται κανονικά στο ΒΚΕ σε υγιείς μη καπνιστές. Οι καπνιστές έχουν μειωμένο ποσοστό λεμφοκυττάρων (<7%) και αυξημένο αριθμό ουδετεροφίλων. Ref. 1) Wilcox M et al. Quantification of cells recovered by BAL. Comparison of cytocentrifuge preparations with the filter method. Am Rev Respir Dis 1988; 138:74-80.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 154: Ποιο από τα παρακάτω δεν είναι ορθά για τις διάχυτες διάμεσες πνευμονοπάθειες (ΔΔΠ)

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η σπιρομέτρηση δεν σχετίζεται ικανοποιητικά με την ιστολογική εικόνα του πνεύμονος στις ΔΔΠ. Η ανταλλαγή των αερίων σε ηρεμία και άσκηση είναι πολύ χρήσιμη στον καθορισμό του βαθμού της φυσιολογικής ανεπάρκειας καθώς και στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου και την απάντηση στην θεραπεία. Η οξυμετρία στην άσκηση καθώς και η διαχυτική ικανότητα του CO δεν είναι ακριβείς και σταθερές μέθοδοι για την έναρξη θεραπείας ή την παρακολούθηση της πορείας της νόσου. Ref. 1) Mortenson R et al. Interstitial lung disease. In: Mitchell D (ed). Recent advances in respiratory medicine, vol 5. Churchill-Livingstone. 1991;163-84.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 155: Σχετικά με τις διαταραχές του μεταβολισμού του ασβεστίου στην σαρκοειδωση τι είναι σωστό

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η συχνότητα της υπερασβεστιαμίας ανέρχεται σε 10-18% και της υπερασβεστιουρίας τρεις φορές μεγαλύτερη. Έχει διαπιστωθεί ότι η υπερασβεστιαμία είναι συχνότερη τους θερινούς μήνες, λόγω εκθέσεως στις υπεριώδεις ακτίνες του ηλίου. Η 1,25 (OH₂)D δεν έχει άμεση επίδραση στη νεφρική διήθηση και την επαναρόφηση του ασβεστίου των σαρκοειδικών δεδομένου ότι έχει παρατηρηθεί υπερασβεστιαμία και σε ανεφρικούς ασθενείς. Η αυξημένη παραγωγή 1,25 (OH₂)D γίνεται από τον κοκκίωδη ιστό και τα κυψελιδικά μακροφάγα. Συγκριτικά με την υπερασβεστιαμία των νεοπλασματικών παθήσεων τα επίπεδα της είναι μικρότερα. Είναι δύο φορές συχνότερη στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες. Ref. 1) Sharma O.P. Sarcoidosis: Clinical management. London Butterworths 1984. 2) Sharma O.P. Extrapulmonary Sarcoidosis (parts I, II). Semin. Respir. Med. 1992;6:424-524.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 156: Ποιο από τα παρακάτω σχετικά με το αεροπορικό ταξίδι των πνευμονοπαθών δεν είναι ορθό

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Μεταξύ των καταστάσεων οι οποίες επηρεάζονται αρνητικά από την υποξία είναι: η PaO₂<55mmHg, η στεφανιαία νόσος και οι εγγεφαλοαγγειακές παθήσεις. Υπερκαπνικοί ασθενείς (PaCO₂>55mmHg) επίσης επηρεάζονται αρνητικά από το χαμηλότερο PO₂ στην καμπίνα του αεροπλάνου διότι είναι δυνατόν να μην έχουν την ικανότητα για υπεραερισμό, ο οποίος παρατηρείται φυσιολογικά σε τέτοιες συνθήκες, λόγω μηχανικών περιορισμών ή μειωμένο υποξυγοναιμικό ερέθισμα αερισμού (hyoxic ventilatory drive). Γενικά η PaO₂ μπορεί να προβλεφθεί για συγκεκριμένο υψόμετρο πτήσεως και τύπο αεροπλάνου σε νορμοκαπνικά άτομα με ΧΑΠ, με σχετικές εξισώσεις και παραμέτρους: το PaO₂ στο επίπεδο της θάλασσας, το υψόμετρο καμπίνας ή την FEV₁. Η δοκιμασία με υποβαρική-υψομετρική εξομοίωση μπορεί να μας δώσει πρακτική και ικανοποιητική εκτίμηση του αρρώστου πριν από την πτήση. Ref. 1) Τζανάκης Ν. Μπούρος Δ. Πόσο ασφαλές είναι το αεροπορικό ταξίδι των πνευμονοπαθών. Ιατρική 1993; 64:613-621. Gong H Jr. Advising pulmonary patients about commercial air travel. J Respir. Dis. 1990; 11:484-99.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μπούρος Δ.

ΕΡΩΤ. 157: Με τον όρο Αμυλοείδωση ορίζεται μια ομάδα παθήσεων με ποικίλα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά, που από κοινού όμως χαρακτηρίζονται από την εξωκυττάρια εναπόθεση ενός αδιαλύτου ινιδιακού πρωτεϊνικού υλικού, που ονομάζεται "αμυλοειδές". Η εναπόθεση στο πνεύμονα δεν είναι σπάνια ιδιαίτερα τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα όπως βρογχεκτασίες, ινοκυστική νόσο, tbc, οστεομυελίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και Μεσογειακό πυρετό. Ποιες από τις κατωτέρω είναι οι μορφές με τις οποίες εκδηλώνεται συνηθέστερα η νόσος του πνεύμονα

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η αμυλοείδωση πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής μπορεί να παρουσιάζει ποικίλες εκδηλώσεις από το πνεύμονα, οι οποίες όμως με τη σειρά τους ποικιλότροπως επηρεάζουν τη πρόγνωση του ασθενούς.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 158: *Η διάχυτη πανβρογχιολίτιδα είναι μια νόσος που περιγράφηκε κατ'έξοχήν στην Ιαπωνία και χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των αεραγωγών με γρήγορη εξέλιξη σε θάνατο. Σε ποιο σημείο του τραχειοβρογχικού δένδρου εντοπίζεται και από τι βλάβες χαρακτηρίζεται*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Homma et al. Diffuse of disease of the transfic zone of the lung. Chest 1983 83(69-69).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 159: *Η νόσος του Αδαμαντιάδη Behcet είναι μια συστηματική αυτοάνοση, αγγειίτιδα που μπορεί να προσβάλλει τον πνεύμονα. Συνήθως η πνευμονική νόσος χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των μεγάλου διαμέτρου πνευμονικών αρτηριών, θρόμβωση και δημιουργία ανευρύσματος, η ρήξη του οποίου φέρνει το θάνατο. Η θεραπεία περιλαμβάνει*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η χορήγηση αντιπηκτικής θεραπείας σ'αυτούς τους ασθενείς εγκυμονεί τεράστιους κινδύνους και δεν πρέπει να εφαρμόζεται παρά το ότι το σπινθηρογράφημα αιματώσεως πνευμόνων είναι συμβατό με εικόνα πνευμονικής εμβολής.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπίρης Σ.

ΕΡΩΤ. 160: *Η θωρακοσκόπηση έχει θέση στην προεγχειρητική σταδιοποίηση του βρογχογενούς καρκίνου, στις εξής περιπτώσεις*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό των ασθενών με βρογχογενή καρκίνο, ο όγκος συνοδεύεται από υπεζωκοτική συλλογή που η κυτταρολογική εξέταση του υγρού είναι αρνητική για κακοήθεια. Οι ασθενείς αυτοί πριν αποκλειστούν από την εγχείρηση, αλλά και πριν υποβληθούν σε θωρακοτομή, είναι σκόπιμο να προηγηθεί θωρακοσκόπηση, για την έρευνα της υπεζωκοτικής κοιλότητας, για τυχόν ύπαρξη μικροεμφυτεύσεων στον υπεζωκότα. Επίσης όταν υπάρχει υποψία για παθολογικά διογκωμένους λεμφαδένες, σε θέσεις που δεν είναι δυνατή η λήψη βιοψίας με την μεσοθωρακοσκόπηση, είναι πολύ σημαντικό να γίνει εκτίμηση αυτών των λεμφαδένων, με θωρακοσκόπηση.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Νταχάμπρε Τ.

ΕΡΩΤ. 161: *Ασθενής που υποβάλλεται σε λοβεκτομή για βρογχογενή καρκίνο και εμφανίζει ατελεκτασία του παραμένοντος λοβού (στο χειρουργημένο ημιθώρακιο) πρέπει*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Οι περισσότεροι ασθενείς που έχουν βρογχογενή καρκίνο είναι βαρείς καπνιστές με χρόνια βρογχίτιδα. Επίσης είναι γνωστό ότι η θωρακαλγία από την θωρακοτομή είναι πολύ έντονη. Τα ανωτέρω δυσχεραίνουν την αποβολή των εκκρίσεων. Η προσπάθεια του ασθενούς να αποφύγει την βαθεία αναπνοή και τον βήχα λόγω του πόνου, προδιαθέτουν στην εμφάνιση μετεγχειρητικής ατελεκτασίας. Η μετεγχειρητική ατελεκτασία αποτελεί σοβαρή επιπλοκή και χρειάζεται άμεση και σωστή αντιμετώπιση, με θεραπευτική βρογχοσκόπηση και φυσικοθεραπεία για την αφαίρεση των εκκρίσεων, με σύγχρονη χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Νταχάμπρε Τ.

ΕΡΩΤ. 162: *Για την απώτερη επιβίωση των αρρώστων με μη μικροκυτταρικό καρκίνο, οι οποίοι υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία, ισχύουν τα ακόλουθα*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Ο κύριος καθοριστικός παράγων της απώτερης επιβίωσης των αρρώστων είναι το στάδιο της νόσου κατά το χρόνο της εγχείρησης. Η πενταετής επιβίωση των αρρώστων του σταδίου I είναι άνω του 65%. Η δεκαετής επιβίωση του συνόλου των αρρώστων, που έχουν υποβληθεί σε εκτομή του όγκου είναι περίπου 16%. Ιατρική 58:618-632, 1990.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Δόσιος Θ.

ΕΡΩΤ. 163: *Ασθενής παρουσιάζει την εξής τριάδα ευρημάτων. Σοβαρή πνευμονική υπέρταση, πνευμονικό οίδημα (ακτινολογικώς) και φυσιολογική πίεση ενσφηνώσεως (PWP) πρόκειται για*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η τριάδα πνευμονική σοβαρή υπέρταση, πνευμονικό οίδημα και φυσιολογική πίεση ενσφηνώσεως θεωρείται ότι είναι παθογνωμονική της φλεβοαποφρακτικής πνευμονικής νόσου. Είναι νόσος των μικρών φλεβών (εξωτερικής διαμέτρου <2mm) άγνωστης αιτιολογίας και κακής συνήθως πρόγνωσης. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με ανοικτή βιοψία. Ν. Ε. Φ. Μ. 1983:308-823-34.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπαδάκης Γ.

ΕΡΩΤ. 164: *Το αγγειακό σύστημα της πνευμονικής κυκλοφορίας περιλαμβάνει*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η σωστή απάντηση είναι Δ. Η ιστολογική διάκριση των κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας σε αρτηρίες ελαστικού-μεταβατικού και μυϊκού τύπου είναι ουσιώδης και κάθε τύπος παρουσιάζει διαφορετική λειτουργικότητα. Ο κορμός της πνευμονικής αρτηρίας δεν επιτελεί μόνο λειτουργία αγωγού αγγείου. Μειώνει το έργο της δεξιάς κοιλίας δρώντας σαν ρεζερβουάρ αίματος. Ποσοστό 20% του όγκου παλμού αποδίδεται στη πνευμονική κυκλοφορία κατά τη φάση της διαστολής της δεξιάς κοιλίας ενώ μικρότερο ποσοστό αποδίδεται από τις άλλες ελαστικού τύπου αρτηρίες. Η αντομική συνεπώς κατασκευή των αρτηριών εξυπηρετεί τη λειτουργία αυτών. Η σχέση διάταση- σύσπαση (ελαστικού τύπου-Μυϊκού τύπου αρτηρίες), καθορίζει τη ροή και τις αντιστάσεις της πνευμονικής κυκλοφορίας.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Παπαδάκης Γ.

ΕΡΩΤ. 165: *Ασθενής με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα μπορεί να υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία στις παρακάτω περιπτώσεις*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η θεραπεία εκλογής του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα είναι η χημειοθεραπεία. Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας με συμπληρωματική ΧΘΠ, έχουν μόνον οι ασθενείς με στάδιο I και II στους οποίους η νόσος εντοπίζεται περιφερικά και δεν έχουν διηθημένους πυλαίους λεμφαδένες. Επίσης ασθενείς στους οποίους μετά την συμπλήρωση της χημειο-ακτινοθεραπείας παραμένει υπολειμματική νόσος σταδιοποιούμενη σαν T1-2NoMo. Bunn PA. Lung Cancer. Current understanding of the biology diagnosis, staging and treatment: Bristol-Myers eds. New Jersey 1992, p. 62-64.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαμαντάς Ε.

ΕΡΩΤ. 166: *Η θεραπεία που φαίνεται να προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιβιώσεως σε ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα περιορισμένου σταδίου, σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, είναι μια από τις παρακάτω: ΧΘΠ: χημειοθεραπεία, ΑΚΘ: ακτινοθεραπεία (θωρακική), ΠΑΕ: προφυλακτική ακτινοβολία εγκεφάλου*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η χορήγηση ΧΘΠ (συνδυασμένη) με σύγχρονη πρόωμη χορήγηση ΑΚΘ φαίνεται να δίνει τα καλύτερα ποσοστά ασθενών μακράς επιβιώσεως με περιορισμένη νόσο μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα. Δεν έχει τεκμηριωθεί ο τρόπος χορηγήσεως της ΑΚΘ (κλασματοποιημένη ή μη και η συνολική της δόση. Η ΠΑΕ έχει θέση μόνον στους πλήρως ανταποκριθέντες ασθενείς. Για την επίτευξη πλήρους υφέσεως αρκούν 4-6 κύκλοι ΧΘΠ. Δεν φαίνεται η χορήγηση περαιτέρω ΧΘΠ να βελτιώνει την επιβίωση. Ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα είναι συστηματική νόσος κατά την στιγμή της διαγνώσεως και έτσι επιβάλλεται η χορήγηση αρχικά ΧΘΠ και όχι ΑΚΘ. Arriagada H, Pigmon 3P, Le chevalier. Thoracic radiotherapy in small cell lung cancer: rationale for timiny and fractionation. Lung Cancer 1989; 237-247. Pargue D, Arriagada H. The role fo thoracic radiation therapy in small cell carcinoma of the lung: a consensus report: Lung Cancer 1989; 135-138.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Σιαμαντάς Ε.

ΕΡΩΤ. 167: *Η συμβολή της ινοβρογχοσκόπησης στη διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου είναι μεγάλη ιδιαίτερα σε κεντρικές βλάβες παρά περιφερικές. Ποιο-α από τα παρακάτω αληθεύουν*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η διαγνωστική αξία της βιοψίας σε ορατή ενδοβρογχική βλάβη μπορεί να φθάσει το 93% ενώ ο συνδυασμός βρογχικής έκπλυσης, υλικού βούρτσας (brushing) και βιοψίας μπορεί να φθάσει ακόμη υψηλότερα ποσοστά. Η διαβρογχική βιοψία υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο, μαζί με την εκλεκτική βρογχοκυψελιδική έκπλυση και την διατοιχωματική δια βελόνης αναρρόφηση υπό αξονικό τομογράφο αυξάνουν τα ποσοστά θετικότητας σε περιφερικές σκιάσεις και ιδιαίτερα μεγέθους >2cm. *Arroliga AC και συν. Clinics in Chest Medicine 14(1):87-98.*

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βεσλεμές Μ.

ΕΡΩΤ. 168: *Όλα από τα επόμενα είναι επιπλοκές της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας εκτός*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Ακόμα και σε βαρεία ΧΑΠ δεν παρατηρείται ανεπάρκεια της αριστεράς καρδιάς. Όταν υπάρχει αυτή οφείλεται σε ανεξάρτητα από τη ΧΑΠ αίτια (νόσο του μυοκαρδίου).

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ:

ΕΡΩΤ. 169: *Ποιο κλινικό σημείο είναι παθογνωμονικό για πνευμοθώρακα από μηχανική αναπνοή*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: *J thorac Cardiovasc Surg 1974; 67:17-23.*

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Κοτανίδου Α.

ΕΡΩΤ. 170: *Ποια πάθηση είναι η συχνότερη επιπλοκή της πυριτίωσης*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ:

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Μαυρομάτης Α.

ΕΡΩΤ. 171: *Η κατανάλωση O₂ από τους ιστούς*

ΟΡΘΟ: Δ

ΣΧΟΛΙΟ: Η κατανάλωση O₂ από τους ιστούς εξαρτάται από την προσφορά μόνο σε μερικές περιπτώσεις που η προσφορά O₂ είναι πολύ χαμηλή καθώς επίσης και σε μερικές περιπτώσεις σηψαιμίας. Το ίδιο ισχύει και στην απάντηση (Ε) για την καρδιακή παροχή. Η κατανάλωση O₂ επίσης δεν εξαρτάται από τον κορεσμό του μικτού φλεβικού αίματος, καθώς για παράδειγμα μπορεί η κατανάλωση O₂ να είναι σταθερή ενώ ο κορεσμός του μικτού φλεβικού πέφτει ή ανεβαίνει. Η χορήγηση ηρεμιστικών ρίχνει την κατανάλωση O₂ από τους ιστούς.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζακυνθινός Σ.

ΕΡΩΤ. 172: *Οι άρρωστοι με διαβητική οξέωση*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Λόγω της οξέωσης έχουν μετατόπιση της καμπύλης προς τα δεξιά, όχι προς τα αριστερά.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Ζακυνθινός Σ.

ΕΡΩΤ. 173: *Στα συντηρητικά μέτρα αντιμετώπισης του συνδρόμου της αποφρακτικής άπνοιας στον ύπνο περιλαμβάνονται όλα τα παρακάτω εκτός από ένα*

ΟΡΘΟ: Ε

ΣΧΟΛΙΟ: Η παχυσαρκία, το κάπνισμα, και η χρήση κατασταλτικών του ΚΝΣ (οινοπνευματώδη, ηρεμιστικά, υπνωτικά) αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τη δημιουργία ή την αύξηση αποφρακτικών άπνοιων κατά τον ύπνο. Bloom JW et al: Risk factors in a general population for snoring. Chest 93:678-683, 1988.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βαγιάκης Ε.

ΕΡΩΤ. 174: *Η βαρύτητα της υποξαιμίας που οφείλεται σε άπνοια στον ύπνο εξαρτάται από όλους τους παρακάτω παράγοντες εκτός από ένα*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Ο αριθμός των άπνοιων ανά ώρα ύπνου δεν καθορίζει την υποξαιμία την οφειλόμενη σε συγκεκριμένη άπνοια. Ο βαθμός της υποξαιμίας καθορίζεται από τη χρονική διάρκεια της άπνοιας από την μερική τάση του οξυγόνου στο αίμα κατά την έναρξη της άπνοιας και από τον όγκο του αέρα στον πνεύμονα κατά την έναρξη της άπνοιας (Αποθήκη οξυγόνου). Η έναρξη της άπνοιας από την TLC συνεπάγεται αργότερο και μικρότερο αποκορεσμό αιμοσφαιρίνης από την έναρξη από FRC.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Βαγιάκης Ε.

ΕΡΩΤ. 175: *Η φυματίωση του πνεύμονος προκαλεί αιμόπτυση με όλους τους πιο κάτω αναφερόμενους μηχανισμούς εκτός από έναν*

ΟΡΘΟ: Γ

ΣΧΟΛΙΟ: Η φυματίωση του πνεύμονος προκαλεί αιμόπτυση με διάφορους μηχανισμούς. Η ενεργός φυματίωση χαρακτηρίζεται από ιστική φλεγμονή και ενδοβρογχικές διαβρώσεις. Τα ανευρύσματα Rasmussen είναι μικρά των πνευμονικών αρτηριών οι οποίες διαδράμουν δια του τοιχώματος των φυματιωδών σπηλαίων, ενοχοποιούνται για >80% των επεισοδίων αιμοπτύσεως. Η βρογχεκτασία είναι συχνή επιπλοκή της φυματιώδους πνευμονίας και η αιμόπτυση ακολουθεί σαν αποτέλεσμα επιλοίμωξης. Τέλος η δημιουργία μυκητωμάτων Ασπεργίλλου ενοχοποιείται επίσης για μεγάλες αιμοπτύσεις.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φλώρος Ι.

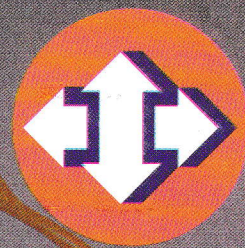
ΕΡΩΤ. 176: *Τυπικές παθολογικές μεταβολές της πνευμονικής λειτουργίας στο οξύ άσθμα περιλαμβάνουν όλα τα πιο κάτω εκτός από ένα*

ΟΡΘΟ: Α

ΣΧΟΛΙΟ: Το οξύ άσθμα χαρακτηρίζεται από αύξηση των αντιστάσεων των αεραγωγών. Συνεπώς το FEV₁/FRC ή PEF (μέγιστη εκπνευστική ροή) και η MMFR (μέγιστη μεσοεκπνευστική ροή) είναι ελαττωμένα. Η FVC ελαττώνεται στο βαρύ άσθμα. Η πλειονότητα των ασθενών δεν παρουσιάζει σημαντική μεταβολή στην στατική πνευμονική διατασιμότητα (compliance). Ο RV και η FRC είναι αυξημένα και αποτελούν σταθερά ευρήματα. Η TLC είναι αυξημένη σε > και ίσο με το 50% των ασθενών. Η DLCO είναι είτε φυσιολογική είτε λίγο ελαττωμένη.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΥΣ: Φλώρος Ι.

Plendil®



FELODIPINE



Ο 24 ώρες ενεργός Ανταγωνιστής Ασβεστίου

Συσκευασία: Κουτιά με 28 δισκία σε blisters. **Σύνθεση:** Plendil® 5 mg: Κάθε δισκίο περιέχει 5 mg φελοδιπίνης και έκδοχα (lactose κ.α.) q.s., Plendil® 10 mg: Κάθε δισκίο περιέχει 10 mg φελοδιπίνης και έκδοχα (lactose κ.α.) q.s. **Ενδείξεις:** Υπέρταση. **Αντενδείξεις:** Κύηση, περιλαμβανομένων των πρώτων σταδίων της. Γνωστή υπερευαισθησία στην ουσία. **Ανεπιθύμητες αντιδράσεις:** Η φελοδιπίνη μπορεί, όπως και άλλα αγγειοδιασταλτικά, να προκαλέσει ένα αίσθημα θερμότητας και ερυθρότητας στο πρόσωπο, κεφαλαλγία, αίσθημα παλμών, ζάλη και αίσθημα κόπωσης. Οι περισσότερες από τις αντιδράσεις αυτές εμφανίζονται συνήθως κατά την έναρξη της θεραπείας ή μετά από αύξηση της δόσης. Αν εμφανισθούν, συνήθως είναι παροδικές και μειώνονται σε βαρύτητα με το χρόνο. Όπως και με άλλες διύδροπυριδίνες, η φελοδιπίνη μπορεί να προκαλέσει δοσοεξαρτώμενο οίδημα των σφυρών, λόγω προτριχοειδικής αγγειοδιαστολής. Έχουν αναφερθεί δερματικές αντιδράσεις όπως εξάνθημα και κνησμός. Σε ασθενείς με έντονη ουλίπδα/περιοδοντίπδα, μπορεί να παρατηρηθεί ήπια υπερπλασία των ούλων. Η υπερπλασία μπορεί να προληφθεί ή να υποχωρήσει με την εφαρμογή προσεκτικής υγιεινής στα δόντια. **Προφυλάξεις:** Σε σπάνιες περιπτώσεις το φάρμακο, όπως συμβαίνει και με άλλα δραστικά αγγειοδιασταλτικά, μπορεί να προκαλέσει σημαντικό βαθμού υπόταση και ταχυκαρδία, με επακόλουθο την ενδεχόμενη πρόκληση ισχαιμίας του μυοκαρδίου στα επηρεηθέντα άτομα. **Αλληλεπιδράσεις:** Η ταυτόχρονη χορήγηση ουσιών που αντιδρούν με το σύστημα κυτοχρώματος P450, μπορεί να επηρεάσει τις συγκεντρώσεις της φελοδιπίνης στο πλάσμα. Έτσι, οι ενζυμικοί αναστολείς όπως π.χ. η σιμετιδίνη, επιφέρουν αύξηση των επιπέδων της φελοδιπίνης στο πλάσμα, ενώ όσες ουσίες επάγουν το ένζυμο π.χ. φαινοτυίνη, καρβαμαζεπίνη, βαρβιτουρικά, αναμένεται να προκαλέσουν ελάττωση των συγκεντρώσεων της φελοδιπίνης στο πλάσμα. Ο υψηλός βαθμός σύνδεσης της ουσίας με τις πρωτεΐνες του πλάσματος, δεν φαίνεται να επηρεάζει το μη συνδεδεμένο κλάσμα άλλων, συνδεδεμένων σε σημαντικό βαθμό με τις πρωτεΐνες αυτές φαρμάκων, όπως η βαρφαρίνη.

Αντιπρόσωπος-Διανομέας

ASTRA
Astra Ελλάς Α.Ε.

Θεοτοκοπούλου 4 & Αστροναυτών, 151 25 ΜΑΡΟΥΣΙ, τηλ.: 6847977, fax: 6859195
τηλ. παραγγελιών: 6038714-18, fax: 6038719

Αφήστε το άσθμα πίσω

Dracanyl[®]

 Turbuhaler[®]

Pulmicort[®]

 Turbuhaler[®]

ΚΛΙΚ! και βαθιά ανάσα

Dracanyl[®] Turbuhaler[®]

Terbutaline sulphate

Σύνθεση: Κάθε συσκευή Dracanyl[®] Turbuhaler[®] περιέχει 200 δόσεις των 0,5 mg terbutaline sulphate. **Ενδείξεις:** Σε βρογχόσπασμο στο βρογχικό άσθμα και σε αναστρέψιμο βρογχόσπασμο, σε πνευμονικό εμφύσημα, βρογχίτιδα και γενικώς σε πνευμονοπάθειες συνοδευόμενες από βρογχόσπασμο. **Αντενδείξεις:** Υπεραισθησία δεικνύμενη από βρογχόσπασμο. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Η συχνότητα των παρενεργειών στις συνιστάμενες δόσεις είναι χαμηλή. Κατά τη χορήγηση της τερβουταλίνης με εισπνοή, δεν επιτυγχάνονται φαρμακολογικές δραστηριότητες συγκεντρώσεις της ουσίας στη συστηματική κυκλοφορία. Ως εκ τούτου, δεν αναμένεται πρόκληση σημαντικών συστηματικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Ο τρόπος και σε μικρότερο βαθμό, το άσθμα παλιών που έχουν αναφερθεί, αποτελούν χαρακτηριστικά της δράσης όλων των συμπαθολιπητικών αμινών. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες, όπως παραρριζοσπασμική, αναστρέψιμη στην πλειοψηφία τους αυτόματα μέσα στη πρώτη ή δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας. Μπορεί να εμφανισθούν κνίδωση και εξανθήματα. **Αλληλεπιδράσεις:** Οι β-αναστολείς,

και ειδικότερα οι μη εκλεκτικοί, μπορεί να αναστείλουν μερικώς ή ολικώς τη δράση των β-διεγερτών. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Τα εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά θα πρέπει, ως αρχική θεραπεία, να χρησιμοποιούνται κατά προτίμηση όταν απαιτείται, παρά σε συστηματική βάση. Η δοσολογία θα πρέπει να εξατομικεύεται. **Ενήλικες:** Η δοσολογία θα πρέπει να είναι 2-4 εισπνοές ανά 6 ώρες. Σε σοβαρές καταστάσεις η εισπνευστική δόση μπορεί να αυξηθεί μέχρι τις 3 εισπνοές. Η συνολική δόση ανά 24 ώρες δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 12 εισπνοές. **Παιδιά 3-12 ετών:** 0,5 mg (1 εισπνοή) όταν απαιτείται ή αν το φάρμακο χρησιμοποιείται ως τακτική θεραπεία συντήρησης κάθε 6 ώρες. Σε σοβαρές καταστάσεις η εισπνευστική δόση μπορεί να αυξηθεί σε 2 εισπνοές. Η συνολική δόση ανά 24 ώρες δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 8 εισπνοές. **Συσκευασία:** Πλαστική δοσιμετρική συσκευή για εισπνοές Turbuhaler[®] 200 δόσεων.

Pulmicort[®] Turbuhaler[®]

Budesonide/Βουδεσονίδη

Περιγραφή: Συσκευή για εισπνοές σταθερών δόσεων σκόνης, που ενεργοποιείται με την εισπνοή και απελευθεώνει, 200 mcg ανά δόση. Κάθε συσκευή περιέχει 200 δόσεις. Το Pulmicort[®]

Turbuhaler[®] δεν περιέχει προωθητικά, λιπαντικά, συντηρητικά, φορείς ή άλλα πρόσθετα. **Ενδείξεις:** Βρογχικό άσθμα. **Αντενδείξεις:** Γνωστή υπερευαίσθησία στο φάρμακο. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Ελαφρής ερεθισμός του φάρυγγα, βήχας και βράγχος φωνής. Έχει αναφερθεί αντίσταση του στοματοφάρυγγα. Ο βήχας μπορεί συνήθως να προληφθεί με εισπνοή β-διεγέρτη, 5-10 λεπτά πριν από την εισπνοή του Pulmicort[®]. **Προσοχή στη χορήγηση:** Η χορήγηση του φαρμάκου χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με πνευμονική φυματίωση και μυκητιασικές ή ιογενείς λοιμώξεις των αεραγωγών. **Κύηση - Γαλουχία:** Η χορήγηση του Pulmicort[®] κατά τη διάρκεια της κύησης θα πρέπει να αποφύγεται εκτός αν υπάρχουν σοβαροί λόγοι που να τη δικαιολογούν. **Δοσολογία:** Η δοσολογία του Pulmicort[®] Turbuhaler[®] εξατομικεύεται. **Ενήλικες:** 200-1600 mcg την ημέρα, καταμετρημένα σε 2-4 δόσεις. (2 τις λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις: 200-800 mcg την ημέρα, στις σοβαρότερες: 800-1600 mcg την ημέρα). **Παιδιά άνω των 6 ετών:** 200-800 mcg την ημέρα, καταμετρημένα σε 2-4 δόσεις. Η δόση συντήρησης εξατομικεύεται και θα πρέπει να είναι η χαμηλότερη δυνατή. Χορήγηση δύο φορές την ημέρα είναι συνήθως επαρκής (πρωί και απόγευμα). **Συσκευασία:** Πλαστική δοσιμετρική συσκευή για εισπνοές Turbuhaler[®] 200 δόσεων.

Αντιπρόσωπος - Διανομέας

**ASTRA**
Astra Ελλάς Α.Ε.

Θεοτοκοπούλου 4 & Αστροναύτων, 151 25 ΜΑΡΟΥΣΙ, Τηλ.: 6847977,
Fax: 6859195 • Τηλ. Παραγγελιών : 6038714-18, Fax: 6038719